



ESTeSC

Escola Superior de Tecnologia
da Saúde de Coimbra

esec

ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE COIMBRA

Departamento de

Mestrado em Educação para a Saúde

Andropausa: como a atenção básica pode ajudar o idoso
a enfrentá-la

Elisangela Fernandes de Souza Chaves

Coimbra, 2017



ESTeSC

Escola Superior de Tecnologia
da Saúde de Coimbra

esec

ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE COIMBRA

Mestrado em Educação para a Saúde

Andropausa: como a atenção básica pode ajudar o idoso a enfrentá-la

Elisangela Fernandes de Souza Chaves

Relatório realizado sob a orientação da Professora Doutora Ana Frias

Coimbra, 2017

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CS	Centro de Saúde
DAEM	Deficiência Androgênica no Envelhecimento Masculino
ESF	Estratégia em Saúde da Família
FSH	Hormônio Folículo-trófico ou Folículo-estimulante
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LH	Hormônio Luteinizante (em Português do Brasil)
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1 _ Estado Civil	23
Gráfico 2 _ Tomam alguma medicação.....	24
Gráfico 3 – A resposta de saúde que encontram na atenção básica tem sido importante para o seu bem estar nesta fase da vida.....	24
Gráfico 4 – Homens que ainda sentem desejo sexual pela sua esposa.....	25
Gráfico 5 – Houve diminuição na quantidade de líquido no ato da ejaculação .	25
Gráfico 6 – Já sentiram a necessidade de procurar ajuda de algum profissional Médico, Psicólogo ou outro.....	26

ÍNDICE

	AGRADECIMENTOS	i
	RESUMO	ii
	ABSTRACT	iii
1	INTRODUÇÃO	1
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	3
2.1	Envelhecimento Humano	3
2.1.1	Saúde, sexualidade e qualidade de vida	6
2.1.2	Autoestima no homem idoso.....	10
2.1.3	Depressão na terceira idade.....	12
2.2	Andropausa	13
2.2.1	Deficiência Androgênica no Envelhecimento Masculino (DAEM)	14
2.2.2	Educação para a saúde e a saúde sexual masculina	15
3	METODOLOGIA	18
3.1	Objetivos	18
3.2	Tipo de estudo	18
3.3	Participantes	18
3.4	Instrumento de colheita de dados	19
3.5	Procedimentos	19
3.6	Projeto de Intervenção	20
3.6.1	Atividades de promoção de relacionamento interpessoal	20
3.6.2	Atividade de promoção de autoestima	21
3.6.3	Atividades de promoção do envelhecimento masculino.....	22
3.7	Tratamento de dados	22
3.8	Considerações Éticas	22
4	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	23
4.1	Aplicação do Questionário: «Andropausa e Sexualidade Masculina»	23
4.1.1	Perfil biográfico	23
4.1.2	Relação com os serviços de saúde	23
4.1.3	Andropausa, sexualidade e atividade sexual	24

4.2	Atividades desenvolvidas pela equipa de saúde na promoção da andropausa no Centro de Saúde São Raimundo.....	28
5	CONCLUSÃO	31
	BIBLIOGRAFIA	33
	ANEXOS	39
	Anexo 1 – Questionário e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	40
	Anexo 2 – Pedido de Autorização à Unidade de Saúde para realização do estudo	47
	Anexo 3 – Instrumento de avaliação das atividades de educação em saúde implementadas	48
	Anexo 4 – Plano da atividade de promoção de relacionamento interpessoal	49
	Anexo 5 – Plano da atividade Promoção da autoestima	50
	Anexo 6 – Plano da atividade promoção do envelhecimento ativo masculino	51
	Anexo 7 – Representações gráficas relativas ao perfil biográfico ...	52
	Anexo 8 – Representações gráficas sobre relação entre homem idoso e serviços de saúde.....	54
	Anexo 9 – Representações gráficas sobre andropausa, sexualidade e atividade sexual	55

AGRADECIMENTOS

Ao longo de todo percurso acadêmico e pessoal, algumas pessoas fizeram e ainda fazem parte da minha vida. Agradeço em primeiro lugar a Deus, pois sem ele e sem a fé que me mantém de pé eu nada seria ou faria. Depois agradeço à minha professora e orientadora Ana Frias, pela dedicação, compreensão, paciência, pela partilha de ideias e opiniões que me fizeram crescer em vários níveis e que mesmo à distância, soube transmitir seus conhecimentos técnicos e humanos.

Agradeço ainda à minha família, em especial o meu esposo Antônio Neto, a minha filha Rafaela, o meu filho João Pedro, que estiveram sempre ao meu lado me apoiando desde o início.

A todos os participantes nesta investigação, aos colegas de trabalho que colaboraram durante as palestras e à Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Coimbra, que me deu a oportunidade de cursar o Mestrado no Brasil.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar as atividades realizadas pela equipa multidisciplinar na atenção básica para a promoção e bem estar durante a andropausa, secundariamente identificar os sinais e sintomas relatados por homens com mais de 50 anos, os tipos de tratamento, descrevendo ainda um projeto de educação para a saúde a ser implementado na atenção básica. Tendo uma amostra de 50 homens, foi utilizado como material de coleta de informações um questionário de avaliação da percepção dos aspectos da andropausa e sexualidade dos participantes. O que se observa nos serviços de saúde, é uma abordagem superficial, abreviada e ancorada no parâmetro da medicalização, de modo que a sexualidade, o bem estar de um modo geral, só cabe nas discussões e intervenções profissionais e por repetição na queixa dos usuários se estiver na lógica da fisiopatologia. No cotidiano dos profissionais que trabalham nas unidades básicas de saúde, este tema tem passado despercebido e merece maior investimento, para o qual se julga ter contribuído este projeto de intervenção.

Palavras-chave: Andropausa, Sexualidade, Envelhecimento Ativo Masculino.

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze the activities carried out by the multidisciplinary team in basic care for the promotion and well being during andropause, secondarily to identify the signs and symptoms reported by men over 50 years of age, the types of treatment, also describing a project of Education to be implemented in primary care. With a sample of 50 men, a questionnaire to evaluate the perception of the andropause and sexuality aspects of the participants was used as information collection material. What is observed in the health services is a superficial approach, abbreviated and anchored in the parameter of medicalization, so that sexuality, well being in general, only fits in the discussions and professional interventions and by repetition in the complaint of the users. If it is in the logic of pathophysiology. And that due to the daily demand of the professionals who work in the basic health units, it has not given account, that is, the question of the care directed to the male user has gone unnoticed.

Keywords: Andropause, Sexuality, Male Active Aging.

1 INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento e sua consequência natural, são uma das preocupações da humanidade desde o início da civilização. Segundo Leme (2000), poucos problemas têm merecido tanta atenção e preocupação do homem em toda sua história como as alterações relacionadas com o envelhecimento e a incapacidade funcional, comumente associada a esse período do desenvolvimento humano.

Numa época de desafios imprevisíveis para a saúde, o envelhecimento da população está a acelerar-se à escala global. Como refere a Organização Mundial da Saúde (OMS), pela primeira vez na história, a maioria das pessoas pode esperar viver para além dos 60 anos de idade. Uma vida mais longa pode ser um recurso incrivelmente valioso, contudo, a amplitude das oportunidades fruto do aumento da longevidade dependerá muito do fator fundamental saúde (OMS, 2015).

A idade de início pode ser tão precoce como os 40 anos ou tão tardia como os 65-70 anos de idade. Morales e Lunenfeld (2002) acrescentam que a andropausa pode causar alterações significativas na qualidade de vida afetando também negativamente a função de múltiplos órgãos.

Tremblay e Morales (1998) providenciaram uma lista detalhada de sintomas comuns da andropausa, destacando, numa idade superior a 50 anos: a disfunção erétil; redução da libido, actividade sexual e desejo sexual; fadiga; depressão; ansiedade ou nervosismo; falta de memória ou concentração; irritabilidade; sudção (especialmente à noite).

Para homens mais velhos, comparativamente com os mais novos, as grandes dificuldades sexuais parecem residir quer no ter ereções de qualidade quer na diminuição do desejo sexual, sendo que estas alterações deverão ser melhor avaliadas num contexto, do que isoladamente, isto porque as mudanças associadas ao envelhecimento certamente contribuem para estas dificuldades sexuais (Greenberg, Bruess & Haffner, 2004).

A nosso ver, a andropausa, pela importância que ocupa no âmbito da saúde e do envelhecimento, merece ser mais debatida quer a nível da comunidade em geral, quer a nível da comunidade científica. Por esse motivo surgiu o interesse e a curiosidade em saber como os homens enfrentam esse processo de transição, que está intrinsecamente ligado à saúde, à sexualidade e também à qualidade de vida durante o envelhecimento, e também como são apoiados/orientados pelos serviços de saúde. Sendo a investigadora da área da saúde, julgou-se pertinente elaborar um projeto de intervenção em educação para a saúde com o objetivo de *Analisar as atividades realizadas pela equipe multidisciplinar na atenção básica para a*

promoção da saúde e bem estar na andropausa. A sua finalidade última é contribuir para o desenvolvimento de intervenções de promoção da saúde junto de homens com mais de 50 anos de idade, através do envolvimento de diversos/as profissionais que atuam na atenção básica. Acredita-se que, com a implementação deste Projeto, será igualmente possível, alcançar achados teóricos e práticos úteis à discussão sobre a manutenção da qualidade de vida durante a andropausa.

Neste relatório encontra-se a fundamentação teórica subjacente à temática em estudo, bem como a metodologia que serviu a implementação do projeto de intervenção, a descrição das atividades realizadas, a discussão dos resultados e por fim as conclusões.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Envelhecimento Humano

O processo de envelhecimento é complexo, não sendo somente um momento pertinente a vida das pessoas e sim, um processo vivenciado tanto pelo indivíduo quanto pelos familiares e pela sociedade que o envolve (Goldman, 2000, p. 20).

Partindo desta perspectiva dialética, a presente dissertação considera que o envelhecimento não será vivido da mesma forma por todos/as. Isso dependerá certamente das condições sociais, culturais e económicas onde estão inseridos/as, pelo que importa atender à realidade de cada país e de cada sociedade.

Ainda assim, o crescimento da população idosa é um acontecimento mundial e ocorre num nível sem precedentes (Pereira, Curioni & Veras, 2003). Isso o demonstram as estimativas mais recentes, onde o Brasil tem vindo a assumir um lugar de destaque (Figura 1).

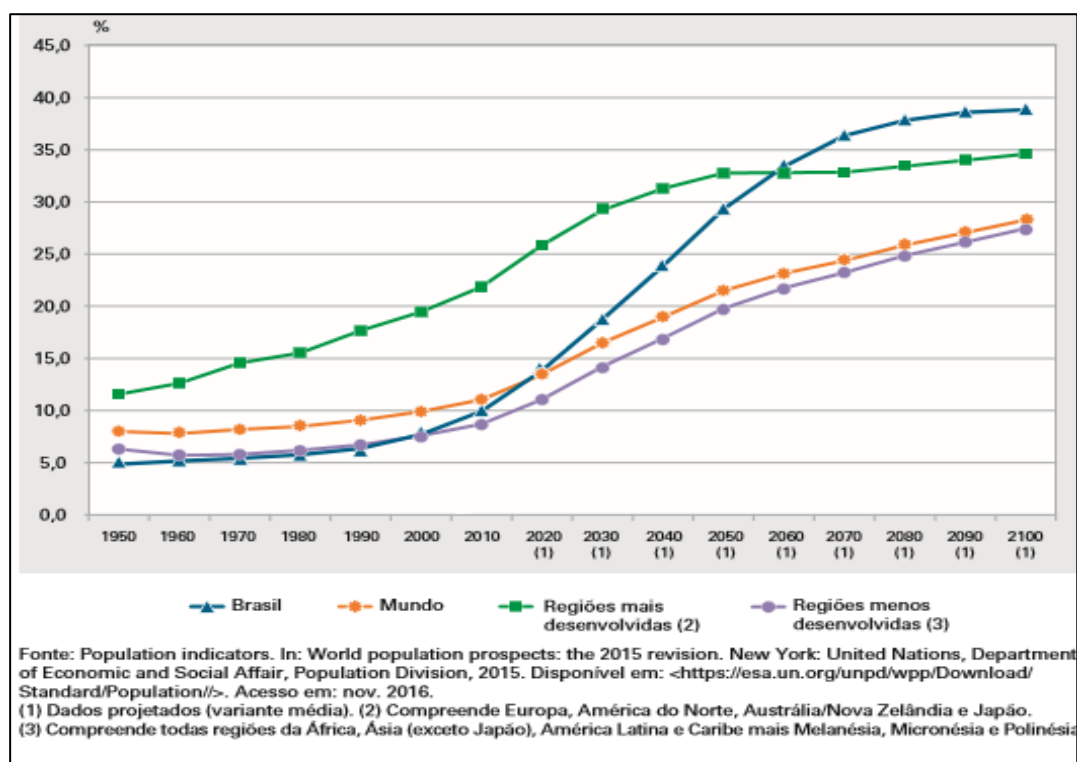


Figura 1 – Proporção de pessoas de 60 anos ou mais de idade na população mundial (IBGE, 2016).

Há pouco mais que uma década o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2005) previa, para 2025, uma população idosa no Brasil de 30 milhões de indivíduos. Já em 2009, o IBGE (2010) identificou uma população de 20.590.559 de pessoas com idade a partir de 60 anos, equivalente a aproximadamente 11% da população total de 191.796.000 de habitantes, na mesma data. Nas projeções populacionais realizadas pelas Nações Unidas em 2015, a proporção de pessoas de 60 anos ou mais de idade na população total para o Brasil foi de 11,7%, indicador que quase duplicaria (23,5%) em cerca de 24 anos, ou seja, próximo ao ano de 2039. Além do substancial aumento da proporção de idosos, deve-se destacar também a velocidade com que esta mudança se dará no perfil etário da população (IBGE, 2016).

Por outro lado, “a expectativa de vida ao atingir 60 anos também acompanha o sexo, com mais 19,3 anos de vida, em média, para as mulheres contra 16,8 anos para os homens” (Garrido & Menezes, 2002, p. 4).

Branco e Gonçalves (2000) definem o envelhecimento demográfico pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população total. Esse aumento consegue-se em detrimento da população jovem e/ou em detrimento da população em idade ativa. O fenómeno do envelhecimento resulta da transição demográfica, normalmente definida como a passagem de um modelo demográfico de fecundidade e mortalidade elevados para um modelo em que ambos os fenómenos atingem níveis baixos, originando o estreitamento da base da pirâmide de idades, com redução de efetivos populacionais jovens e o alargamento do topo, com acréscimo de efetivos populacionais idosos.

A percepção científica sobre o processo de envelhecimento acumulada durante o século XX ocorreu a partir de vários pontos de vista sobre velhice, circunscritos por modelos teóricos impulsionadas por perspectivas disciplinares, mas também pelas modas e quadros explicativos que têm movido a iniciativa científica (Hendricks & Achenbaum, 1999). Envelhecer é um processo natural e colocou-se como uma questão para a ciência a partir do século XX, criando-se um campo específico de debate denominado Gerontologia, que estuda o processo de envelhecimento que ocorre de diferentes formas nos indivíduos, em função das suas condições sociais, culturais, económicas, física e psicológica.

Envelhecimento e longevidade, apesar de intimamente relacionados, são conceitos distintos. Como refere Almeida (2012), a longevidade retrata a duração da vida de um organismo e depende da progressão do envelhecimento, pois este, mais tarde ou mais cedo, impõe-lhe um limite. Se o envelhecimento for mais rápido a longevidade diminui, e se o envelhecimento for mais lento, a longevidade aumenta (Almeida, 2012). O envelhecimento

constitui um fenómeno biológico permeado por diversas entidades clínicas, ou como defendem algumas perspectivas, é tudo o que acontece com o passar do tempo após se atingir a vida adulta (Almeida, 2012).

Sabe-se que o século XX acrescentou cerca de 30 anos à esperança de vida no mundo ocidental, entrando-se no século XXI com a perspectiva de a sociedade poder conseguir viver uma “nova classe de idade”, cuja designação é, desde logo, problemática: *terceira idade*, *idade maior*, *grande idade*, ou simplesmente, *velhice* (Jesuíno, 2012, p. 299). Aliás, a melhoria da qualidade de vida durante a velhice será o principal desafio do século XXI, importando que as pessoas idosas vivam mais tempo de qualidade, integradas na sociedade e na família (Carvalho & Mota, 2012).

Para Guimarães (2012, p. 289), as pessoas idosas continuam a ser encaradas como “fardos sociais e económicos”, maioritariamente dependentes, empobrecidas e inaptas para assumir um papel reivindicativo na família e na sociedade. Por outro lado, prossegue a autora, idosos/as influentes, ativos/as e autónomos/as, são encarados, erradamente, como exceções.

Segundo Bolander (1998, p. 398), “[...] a unidade básica familiar é composta por indivíduos em constante interacção entre si e com o ambiente, incluindo outras pessoas” no entanto, definir família não é tarefa fácil e são várias as definições encontradas para este conceito.

Sob a luz de Faleiros (2010), é possível entender que a partir da industrialização e da escolarização, das mudanças ocorridas na esfera da produção e na família e as novas reconfigurações da vida pública e privada, aos idosos restou apenas o âmbito da vida privada. Excluídos da esfera produtiva, foram catalogados como incapazes e, portanto relegados ao isolamento, seja nos asilos como objeto de filantropia ou no recanto familiar.

Para Negreiros (2004), o termo ancião, designava os poucos patriarcas com experiência valorizada na idade média, por seu lado, o termo velho designava aquele que não produzia, ou seja, era como um objeto gasto e degradado. Já o termo idoso, surge como termo mais respeitosos, significando pleno de idade, porém, destinado às camadas mais favorecidas da sociedade. O termo terceira idade surge remontando no que se refere ao desenvolvimento e produção.

No Brasil existe a Política Nacional do Idoso, ou Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de 1º de Outubro de 2003), que considera idosa a pessoa com mais de 60 anos de idade.

Para além deste instrumento, o país dispõe de outros artefactos legais importantes no contexto da pessoa idosa, entre os quais a Lei Ordinária Federal 10.098/2000 (Brasil, 2000),

que estabelece normas e critérios para promoção da acessibilidade de pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida, pois parte da população idosa está incluída no grupo de pessoas com mobilidade reduzida.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - PNSPI (Brasil, 2006)¹, procura garantir a atenção adequada e digna para a população idosa brasileira e tem como primeira diretriz a promoção do envelhecimento ativo e saudável. Encontra-se respaldada pela Constituição de 1988 e nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, objetivando recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos (as), direcionando medidas coletivas e individuais de saúde.

O envelhecimento ativo, conceito avançado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2002, preconiza hoje a qualidade de vida e a saúde dos mais velhos, com manutenção da sua autonomia física, psicológica e social, com idosos e idosas integrados/as em sociedades seguras e em que possam assumir a cidadania plena (Ribeiro & Paúl, 2011). Hansen-Kyle (2005), considera o envelhecimento saudável como coseguir ter a capacidade de, a par do processo de senescência do corpo, continuar a funcionar física, mental, social e economicamente. Hurd (1999) considera a velhice como que uma fase de transformação. E envelhecer com saúde e qualidade de vida é, para já, um importante desafio.

2.1.1 Saúde, sexualidade e qualidade de vida

A saúde é hoje considerada como um recurso para o quotidiano, e não um objetivo de vida, é um conceito positivo, que ultrapassa a dimensão das capacidades físicas, que valoriza os recursos individuais e sociais (WHO, 1998). A OMS passa agora a considerar a saúde como a capacidade de desenvolver o potencial próprio e de responder de forma positiva aos problemas do ambiente, sendo também uma componente indispensável ao desenvolvimento económico (Loureiro & Miranda, 2010). Conforme Finkelman (2002, p.288), a I Conferência Mundial de Promoção de Saúde, realizada em 1986 no Canadá, ficou mundialmente conhecida pela *Carta de Ottawa*, que definiu a visão e o conceito de promoção de saúde (OMS, 1986):

A Promoção da Saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio [...] (p. 1).

¹ Instituída pela portaria 2528/GM de 19 de Outubro de 2006 (Brasil, 2006).

De acordo com Loureiro & Miranda (2010, p.31), referindo-se à visão expressa pela OMS, é necessário garantir que todos tenham condições facilitadoras de acesso aos cuidados de saúde, à informação, ou a ambientes capacitadores de vidas mais saudáveis, sendo que, também aqui desempenham, os diversos poderes políticos, papéis primordiais.

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica considera a “atenção Básica” como (Brasil, 2012):

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (p. 19).

Promover saúde para a pessoa idosa significa mais do que proporcionar lhe esforços de entretenimento. As soluções que possam advir devem nortear a ação de assistência aos idosos, baseada numa política social mais justa, que aproveite as engenharias física, humana e social de nossos tempos a serviço deles (Cianciarullo, Gualda, Silva & Cunha, 2002, p.279).

Discutir a andropausa associada à promoção da saúde implica, também esclarecer o posicionamento tomado face aos conceitos de sexualidade e sexo, o que os caracteriza e distingue.

Na verdade, como refere Sánchez (2002) a sexualidade não é apenas: a genitalidade e atividade coital; a procriação; o casamento; a heterossexualidade; e um direito de “homens macho”. A história da sexualidade destaca o facto de que a sua organização não se circunscreve a algo fixo, ou estável, mas antes a algo que se modela sob circunstâncias complexas e que, para além de uma questão pessoal é também uma questão social e política, construída ao longo de toda a vida, de muitos modos, por todos os sujeitos, envolvendo, não apenas o corpo físico, mas também rituais, linguagens, fantasias, representações, símbolos e convenções (Veiga, 2000 como referido em Frias, 2015). A sexualidade é experienciada por todos os seres humanos ao longo do seu ciclo vital, pelo que há que considerar a pessoa idosa livre de experienciar a sua sexualidade.

O sexo, por seu lado, pode ser entendido como qualquer outra atividade humana, tal como a alimentação, a higiene, uma atividade “aprendida” (Heilborn, 2006, como referido em Frias, 2015). No entanto, ao longo dos tempos ocorre uma construção e idealização do sexo, das práticas sexuais, que apenas serão aceitáveis em determinado contexto se

corresponderem aos referenciais dos diversos segmentos sociais que a informam.

A sexualidade humana é, portanto, mais do que biologia e reprodução, podendo ou não ser expressa pelos genitais, com o seu parceiro(a) e é central para a identidade humana e essencial para a totalidade da experiência de vida. Ela inclui identidade de gênero, papéis de gênero, atração, desejo e comportamentos sexuais, ainda que também reflita na sensualidade, imagem corporal e sentido de atratividade. O que resta, neste inventário do que é, ou pode ser a sexualidade humana, diz respeito a uma construção feita com base nas experiências pessoais (Brock & Jennings, 2007).

Toniette (2006, p.3), esclarece que a história prévia do homem e da mulher é determinante na sua sexualidade durante o envelhecimento, alertando também para o facto de que o termo sexualidade não designa somente o “ato sexual”, englobando antes um conjunto de variáveis, que incluem sentimentos, emoções, expressões corporais em busca do bem estar, do amar a si próprio e a seu corpo.

Com o envelhecimento, ocorrem mudanças significativas na fisiologia sexual, intensificando-se com a chegada do ‘climatério’ masculino e feminino, que causará uma queda na produção das hormonas sexuais², resultando em alterações específicas no corpo do homem e da mulher. No homem, um dos sinais frequentes na velhice é a lentidão das respostas eréteis, o que lhes causa, por vezes, tendo em vista que eles costumam associar a rapidez na ereção com maior excitação e envolvimento no ato sexual (Masters, Johnson & Kolodny, 1997). Outra mudança relacionada com as ereções é a diminuição da rigidez do pénis. Quando os homens atingem os 60/70 anos, a ereção não tem a mesma firmeza comparativamente com a alcançada uns anos antes. Na verdade, o processo continua o mesmo³: o pénis enche-se de sangue, o que aumenta o seu tamanho e torna-o mais rígido e as ereções são semelhantes ao que ocorreria anteriormente. O que ocorre é que as ereções não são mais tão firmes, grandes e eretas, que nem as de tempos passados (Masters, Johnson &

² Os mecanismos hormonais que influenciam o aparelho sexual masculino envolvem o hipotálamo, a hipófise e os testículos. A hormona libertadora da gonadotrofina (GnRH) ou hormona luteinizante (LHRH) é libertada pelos neurónios do hipotálamo, estimulando a secreção das hormonas Luteinizante (LH) e foliculostimulina (FSH) pela adeno-hipófise. Ambas estimulam a secreção de células espermáticas, a secreção de testosterona e a secreção de inibina pelos testículos. A testosterona tem um efeito de feedback negativo sobre o hipotálamo e a hipófise, para reduzir a produção de LH e FSH, enquanto a inibina inibe especificamente a produção de FSH. A testosterona (um androgénio) tem um efeito estimulador geral sobre o metabolismo, influenciando também o comportamento sexual (Seeley, Stephens & Tate, 1997).

³ Ao ocorrer a ereção, o pénis aumenta de volume e torna-se rígido. Os impulsos nervosos da medula espinal estimulam a dilatação das artérias que irrigam os tecidos eréteis. Consequentemente o sangue preenche “os sinusóides” do tecido erétil e comprime as veias e, ficando a circulação venosa de retorno parcialmente comprometida, a pressão sanguínea nos sinusóides causa dilatação e rigidez do tecido erétil (Seeley, Stephens & Tate, 1997).

Kolodny, 1997). Contudo, vale a pena ressaltar que a capacidade erétil pode ser reconstituída, se o idoso voltar a ter um relacionamento sexual ativo com parceira, ou parceiro, sexualmente agradáveis, que manifestem interesse e disponibilidade (Cavalcanti & Cavalcanti, 1997).

Por outro lado, importa lembrar que, além dos fatores biológicos, o desejo sexual é influenciado pelas condições psicológicas e socioculturais, sendo um deles a disponibilidade da ou do parceiro interessado (Cavalcanti & Cavalcanti, 1997).

Cavalcanti e Cavalcanti (1997) ressaltam que esses fatores interferem no relacionamento conjugal, entretanto, o casal pode contornar esses problemas através de um diálogo aberto que promova esclarecimento. A sinceridade e a aceitação das necessidades e limitações do parceiro também são elementos essenciais para que haja uma compreensão das dificuldades sexuais, de forma que eles possam utilizar as dificuldades a seu favor, para fortificar a intimidade e melhorar a qualidade do relacionamento tanto conjugal como sexual. Outro elemento importante é o conhecimento da fisiologia da resposta sexual pelos próprios idosos. É fundamental que os casais reconheçam as mudanças que estão ocorrendo no seu corpo como parte do processo de envelhecimento e não como um instrumento de avaliação do relacionamento ou do interesse sexual do seu parceiro (Cavalcanti & Cavalcanti, 1997).

Além disso, destacamos a necessidade de considerar os determinantes sociais que permeiam as questões relacionadas com a saúde e sexualidade do homem, as quais sinalizam a urgência de seu enfrentamento, tendo em vista os altos índices de morbimortalidade nessa população, especialmente, ocasionados por causas externas (Brasil, 2008). Ávila (2003), entende a importância de se tratar essas dimensões no sentido da liberdade e igualdade, e não no sentido prescritivo de constituição de um modelo e regras para o exercício da sexualidade e da vida reprodutiva.

É importante promover-se o pensamento positivo do idoso, alterando o discurso interno negativo, para que este se foque nos acontecimentos positivos, nas motivações e qualidades pessoais que possui para que se promova saúde e um envelhecimento saudável. Segundo Lima (2004), para um bem estar na velhice importa considerar alguns requisitos: estilos de vida que mantenham o corpo e mente saudáveis através do exercício, hábitos de nutrição adequados, envolvimento em atividades e interesses que estimulam a mente.

Para Hansen-Kyle (2005), o modelo do processo de envelhecimento saudável surge da adaptação, acomodação e resiliência do indivíduo, que assim se transforma num idoso autônomo e independente. A resiliência, por sua vez, é patente nos idosos com doenças crônicas que mantêm a sua autonomia e a sua auto-estima elevada (Vaillant, 2002). Estudos

de Herman et al. (2002) e Kuehner (2002) associam a má qualidade de vida a maiores índices de depressão.

2.1.2 Autoestima no homem idoso

Para diversos autores, o processo de envelhecimento pode desencadear uma diminuição a auto-imagem e da auto-estima. As pessoas são tão dependentes do seu corpo como das suas habilidades e da integração, harmonia e relação com o self (Benedetti, Petrski & Gonçalves, 2003).

O isolamento social também tem sido apontado como outra consequência da perda de capacidades funcionais, levando a pessoa idosa a não participar nem se exprimir nos diversos problemas da vida diária (Miguel, Pinto & Marcon, 2007).

As redes sociais, segundo Marteleto (2001, p.72), representam “[...] um conjunto de participantes autónomos, unindo ideias e recursos em torno de valores e interesses compartilhados”. Os laços que se criam dentro da rede social proporcionam suporte social, cognitivo e emocional, auxiliando o idoso na manutenção da autoestima e do desenvolvimento pessoal, uma vez que resulta numa melhoria da saúde mental, maior autodomínio e maior satisfação na qualidade de vida, pois reduz os efeitos negativos do stress e melhora as respostas imunitárias e de humor (Andrews, 2001; Hansen-Kyle, 2005). Entre os seus múltiplos benefícios para a manutenção da qualidade de vida, contribuem também para a melhoria da atividade cognitiva, a identidade de grupo e diminuir os sintomas de vulnerabilidade emocional de depressão (Greaves & Farbus, 2006).

Lawton (2001) indica que pessoas que se sentem bem e felizes nesta faixa etária têm bons relacionamentos sociais e emoções que geram prazer e realização.

Confirmando este fato, Greaves e Farbus (2006) referem que as atividades de cariz social e lúdico, direcionadas para os idosos isolados, resultam num aumento da cognição, do sentimento de autoestima e da identidade de grupo, de bem-estar físico e psicológico, ao mesmo tempo que diminui os sintomas de vulnerabilidade emocional e de depressão.

Zimerman (2000) afirma que quem vive mais intensamente, sendo ativo, está sempre à procura de algo novo e pode assim ter a sua autoestima fortalecida.

Torna-se cada vez mais, imperativo a criação de programas de intervenção e a sensibilização dos idosos para os benefícios de atividades de lazer e de desenvolvimento pessoal, visando a melhoria da saúde mental, a melhoria da autoestima, da identidade de grupo e da diminuição da vulnerabilidade cognitiva (Clarkson, Venables, Hughes, Burns &

Chllis, 2006 como referido em Rodrigues, 2009). No entanto, a taxa de adesão a estes programas é ainda pouco significativa, e alguns idosos referem mesmo que as atividades recreativas já não são para a sua idade (Wacker et al., 2002 como referido em Rodrigues, 2009). Por outro lado, cada idoso é um indivíduo diferente e os grupos de idosos têm algumas peculiaridades, que devem ter em consideração o seu passado, as suas perdas, seus ganhos, os aspectos psicossociais e económicos.

O desenvolvimento integral tem de ser equilibrado e harmonioso, para tal é necessário ter em conta “[...] as necessidades básicas (alimentação, habitação, saúde), necessidades sócio-culturais (educação, trabalho, cultura), e de emancipação, liberdade e participação” (Antunes, 2008, p. 72), tendo em vista a melhoria da qualidade de vida.

Mosquera e Stobaus (2006) referem ainda que a auto-estima não é estática, dado que, de acordo com os acontecimentos sociais, emocionais e psicossomáticos, ela pode variar.

De acordo com De Groot, Kennedy, Rodin & Mcvey (1992), as pessoas com uma elevada auto-estima tende a experimentar uma sensação de controle sobre a direção da sua vida e sentem-se satisfeitas e realizadas na maioria das áreas da sua vida.

Segundo Baumeister, Campbell, Krueger & Vohs (2003), a auto-estima é uma dimensão avaliativa do auto-conhecimento, relativa portanto, à forma como uma pessoa se auto-avalia, ao modo como o indivíduo se sente relativamente à sua imagem. Neste sentido, a auto-estima pode ser usada para se referir à auto-avaliação de um indivíduo como um todo (auto-imagem global) ou pode ser discutida em relação à avaliação do *self* em determinada e particular dimensão ou domínio (Bernardo & Matos, 2003).

Já segundo Carapeta, Ramires e Viana (2001), o auto-conceito é a ideia que cada sujeito forma acerca de si próprio, das suas capacidades, atitudes e valores nas diferentes esferas existenciais: física, social, e moral, o que, segundo Hattie (1992), vai-se modificando e consolidando no decorrer do desenvolvimento do indivíduo.

Ornelas (2008) enfatiza a importância do suporte social para a autoestima, na medida em que a valorização pessoal e o sentimento de estima transmitidos à pessoa funcionam como possibilidades de desenvolvimento de alternativas e recursos para a resolução de problemas interpessoais. Desta forma, desde meados da década de 1980 que têm havido esforços no sentido de uma sensibilização internacional, através de fóruns e documentos institucionais, para com a promoção da saúde nos programas respeitantes aos indivíduos em idade avançada (Assis, Hartz & Valla, 2004).

2.1.3 Depressão na terceira idade

A depressão remonta a cerca de 1500 anos a.C. e pode ser definida como um estado clínico que perdura no tempo e no qual a pessoa se sente infeliz, preocupada, sem esperança e desanimada. Para além das pessoas com depressão perderem a alegria de viver, encaram o futuro de forma sombria e sofrem disfunções significativas na identificação do quadro depressivo como as alterações de sono, do apetite, do peso, da libido e do humor (Vaz Serra & Pollitt, 1975, como referido em Amaral, 1997).

Reconhecer a depressão nos idosos exige atenção redobrada, uma vez que a maior parte destes idosos não se queixam de distúrbios depressivos, de tristeza ou de falta de interesse pelo que o rodeia (Drayer et al., 2005).

Ballone (2001) defende que, uma vez diagnosticada, o tratamento deve basear-se nos aspectos biológicos e psicossociais. Por outro lado, quando é feito um diagnóstico correto, a percentagem de melhoras apresentadas pelos pacientes tratados chega a estar situada entre 80% e os 90% (Snowdon, 2002; Tuesca-Molina et al., 2003).

A capacidade de interagir socialmente é fundamental para o idoso, pois opera como um dos fatores mais relevantes na prevenção ou recuperação de problemas de saúde mental (Carmona & Melo, 2000), isto porque o apoio social é um motivo de esperança e crença no futuro, faz o indivíduo sentir-se estimado e amado, com compromissos mútuos.

Zimerman (2000) refere que o trabalho que realiza com idosos deprimidos consiste em estimulá-los através de jogos de memória, passeios, discussões, leitura, conversas, ajudando-os a aumentar a auto-estima, a organizar a vida, a resgatar os aspectos positivos, a descobrir atividades que lhes despertem interesse e a desenvolver os seus relacionamentos.

Novaes (1997, p.33) nos diz “[...] os idosos ativos demonstram que a saúde é um estado de sincronia e o bem estar emocional e mental pode ser cultivado em qualquer idade”.

Capodieci (2000) relata que

[...] uma plena aceitação de si mesmo, que consiste no fato de conseguir controlar as próprias sensações de vergonha e de culpa na consciência que tanto os próprios aspectos infantis quanto as partes agressivas não devem ser ignorados ou reprimidos mas conhecidos e vividos como aspectos importantes de si próprio com os quais deve colocar-se em comunicação (p. 33).

Capodieci (2000) salienta que a pessoa que sabe envelhecer bem, aprende também a escutar o próprio mundo interior e compreender os próprios recursos. Não se pode eliminar a velhice, mas é possível mudar formas de envelhecer.

2.2 Andropausa

O tema “menopausa masculina” entrou no radar do interesse médico desde o final de 1930 até meados dos anos 50, tendo desaparecido nas quatro décadas seguintes, e só voltando no final dos anos 90 (Charlton, 2004; Watkins, 2007), sendo analisada como uma ‘perturbação clínica’ (Marshall, 2007).

Embora andropausa seja o termo mais difundido atualmente, utilizado também por diversos atores, tendo também sido adotado nesta dissertação, outras perspectivas não recomendam a sua utilização no meio científico. Para designar este quadro clínico nos homens, alguns autores (Bulcão et al., 2004), sugerem que se fale em insuficiência androgénica parcial do homem (PADAM em inglês), caracterizada pela redução do índice de testosterona corporal, diminuição da libido, entre outros aspetos relacionados com a sexualidade e com a atividade física. Galvão-Teles (2010) defende que andropausa se pode denominar também de hipogonadismo de início tardio (LOH) e que consiste numa síndrome clínica e num quadro bioquímico resultante do envelhecimento do homem devido à lenta e progressiva diminuição dos níveis séricos de testosterona, resultando numa síndrome de insuficiência androgénica que afecta, negativamente, os órgãos, os sistemas e as suas funções. A idade de início pode ser tão precoce como os 40 anos ou tão tardia como os 65-70 anos de idade. Morales & Lunenfeld (2002) acrescentam que a andropausa pode causar alterações significativas na qualidade de vida e afectar negativamente a função de múltiplos órgãos⁴.

O hipogonadismo⁵ pode ser dividido em primário (anomalia genética, síndrome de Klinefelter) ou secundário (deficiência no hipotálamo ou hipófise), mas ambos apresentam a mesma sintomatologia (Pinsky & Hellstrom, 2010). O hipogonadismo primário caracteriza-se pelo aumento nos níveis de LH (Hormona Luteinizante) e FSH (Hormona Folículo-trófico ou Folículo-Estimulante), com a consequente diminuição dos níveis de testosterona, devido

⁴ Todo este processo insidioso, heterogéneo, com sinais e sintomas persistentes que leva ao hipogonadismo e ao envelhecimento masculino tem sido denominado como andropausa, ou mais apropriadamente como hipogonadismo de início tardio ou ADAM (denominação inglesa para deficiência androgénica no envelhecimento masculino), ou PADAM (denominação inglesa para deficiência androgénica parcial no envelhecimento masculino). A patogénese da diminuição de testosterona em homens com idades superiores a 40 anos envolve pelo menos 3 mecanismos: diminuição da capacidade testicular de produzir testosterona decorrente da diminuição do nº de células de Leydig quanto à sua capacidade de resposta a LH; alterações da regulação neuroendócrina em função de uma secreção pulsátil do LH mais atenuada e desordenada, com uma aparente falha no mecanismo de feedback; aumento independente da capacidade de ligação ao SHBG resultando na diminuição da testosterona disponível (Cardoso, 2014).

⁵ O hipogonadismo masculino é uma síndrome clínica que resulta da falência testicular em produzir níveis fisiológicos de testosterona (Cardoso, 2014).

ao mecanismo de “feedback” negativo (Gruenewald & Matsumoto, 2003; Wu et al., 2010). A síndrome de Klinefelter pode ser citada como uma das manifestações mais comuns de hipogonadismo primário (Giannoulis, Martin, Nair, Umpleby & Sonksen, 2012). Já o hipogonadismo secundário está associado a baixos níveis de testosterona, podendo ter níveis baixos ou normais das hormonas LH e FSH (Corona; Rastrelli & Maggi, 2013; Gruenewald & Matsumoto, 2003). Existem ainda algumas implicações práticas no diagnóstico de um quadro de Andropausa, uma vez que o envelhecimento natural está associado a um declínio gradual e progressivo da testosterona, provocando alterações no funcionamento fisiológico e psicológico. No que respeita ao declínio da testosterona, a intervenção clínica passa muitas vezes por submeter terapias de substituição, no sentido de uma melhoria do estado funcional, na prevenção de doenças, no aumento da qualidade de vida e na redução do risco de consequências físicas e psicológicas (Matsumoto, 2002).

É importante distinguir sintomas de andropausa de sintomas de crise de meia-idade masculina, pois são facilmente confundidos pela sociedade e por profissionais de saúde e, de fato, tem acentuadas diferenças no quadro clínico, que podem, e devem, ser identificadas. Os sintomas mais comuns de andropausa surgem entre os 45 e 55 anos e advêm de um défice de androgénio. Os sintomas de meia-idade ocorrem, tipicamente, entre os 35 e os 45 anos e constituem uma crise psicológica existencial (Carruthers, 1996).

2.2.1 Deficiência Androgénica no Envelhecimento Masculino (DAEM)

Só recentemente, houve um significativo interesse em relação ao problema, conhecido como climatério masculino, andropausa, declínio androgénico no homem que envelhece (*Androgen Decline in the Aging Male-ADAM*), ou, deficiência androgénica no envelhecimento masculino (DAEM). E no que se refere ao caso masculino, é necessário observar as peculiaridades que começam a ser apontadas por pesquisadores como Marshall (2007, 2010) que, ao estudar a medicalização⁶ do que chama menopausa masculina, refere que estaríamos a assistir à criação de novas narrativas que aproximariam os homens idosos de um modelo mais feminino (no sentido, como diz o autor de de um processo constante de “vigilância da virilidade”). O exemplo mais evidente disso seria como o viagra foi fundamental para instituir a própria categoria da disfunção erétil e, mais recentemente, de como a reposição de testosterona seria o marcador por meio do qual se pode redefinir a

⁶ O termo medicalização, tem sido usado por autores como Conrad (1992, 2007) para definir o processo através do qual problemas anteriormente definidos como não médicos passam a ser concebidos e tratados como problemas médicos e caracterizados como doenças ou transtornos.

andropausa (Marshall, 2010).

O envelhecimento do homem é, de facto, acompanhado por sintomas e sinais que se associam a uma deficiência androgénica, entre os quais: a diminuição da massa e força muscular; aumento da gordura abdominal, principalmente visceral; com resistência à insulina e perfil lipídico aterogénico; diminuição da libido; diminuição pilosa; osteoporose; diminuição da performance cognitiva; depressão; angústia; insónia; sudorese; disfunção erétil e diminuição da sensação de bem-estar geral (Cardoso, 2014). A correlação entre toda a sintomatologia e os níveis de testosterona é inquestionável, contudo constitui só um dos factores responsáveis pelo envelhecimento, o qual tem origem multifatorial (Cardoso, 2014).

2.2.2 Educação para a saúde e a saúde sexual masculina

Para promover o desenvolvimento de políticas de saúde, é necessário que, cada vez mais, se comece a desmistificar as falsas crenças relacionadas com a andropausa e o envelhecimento e possa haver um conhecimento claro e preciso das causas, dos factores e das terapêuticas adequadas a esta situação (Handelsman & Liu, 2005).

A promoção de saúde entre os idosos, segundo a Organização Pan-Americana de Saúde, divisão regional da OMS, pode ser definida como o conjunto de ações que provoquem mudanças no estilo de vida, objetivando a diminuição do risco de adoecer e morrer, estabilizando ou melhorando a saúde dos indivíduos em sua totalidade, aliando à saúde física a sua complexidade social (Almeida, Leão, Oliveira & Santos, 2006). As secretarias municipais e parceiros envolvidos nesse processo assumem o conjunto das iniciativas desenvolvidas, como importantes ações de Promoção da Saúde para a construção de municípios saudáveis (Andrade, Canuto, Coelho & Arruda, 2003). Ou seja, todos aqueles que lidam direta ou indiretamente com a Estratégia de Saúde da Família, quer seja na sua prática, na qualificação de seu pessoal ou no suporte especializado às suas equipes, estarem atentos à permanente necessidade de capacitação e formação de seus profissionais, visando fazer com que a atenção básica à saúde de cidadãos e cidadãs brasileiros(as), possa ser competente, humanizada e resolutiva, realidade possível e desejada por todos, gestores, docentes, profissionais e, acima de tudo, pela própria população.

Ainda assim, a resistência masculina à Atenção Primária à Saúde (APS) existe, o que tem impacto não somente a sobrecarga financeira da sociedade, mas também, e, sobretudo, o sofrimento físico e emocional da pessoa idosa e da sua família, na luta pela conservação da saúde e da qualidade de vida dessas pessoas (Brasil, 2008).

Como refere Pimenta (2014), o *Center for Disease Control and Prevention*⁷ defende que uma boa Saúde Sexual não tem a sua importância apenas confinada aos anos reprodutivos, sendo um estado relacionado com a sexualidade e bem-estar físico, psíquico, emocional e social, e não meramente a ausência de doença ou disfunção. Prossegue a autora, mencionando estudos de alguns autores (Lindau et. al, 2007, Lindau & Gavrilova, 2010), o interesse sexual entre homens mais velhos está a aumentar, possivelmente também, entre outros fatores, devido aos novos fármacos muito divulgados para a disfunção erétil. Outro fator a considerar na educação para a saúde no âmbito da andropausa é a orientação sexual (Pimenta, 2014). Um relatório do ano 2000, produzido pela *National Gay and Lesbian Task Force*, estimava que número de Homossexuais, Bissexuais e Transexuais seniores nos Estados Unidos em cerca de 3 milhões, podendo chegar a 4 milhões até 2030 (idem). Implicadas estão de facto questões de género que importa serem consideradas por profissionais de saúde, que atuam, por exemplo, na Atenção Básica. Segundo Risman (1995), mesmo após o período de fertilidade, o desejo, o querer e o sentir fazem-se presentes, pois se existissem, não haveria necessidade de normas de comportamento repressivas para os idosos e nem atribuições negativas às suas atividades. Por outro lado, diz Pimenta (2014), mencionando Lindau et al. (2007), apesar da sexualidade ser um aspeto importante na vida da pessoa idosa, este não é um tópico frequentemente abordado pelos profissionais de saúde. Afirma a autora que os profissionais de saúde têm dificuldade em abordar questões relacionadas com o sexo e a sexualidade com as pessoas idosas. E não havendo um ambiente propício para que tal aconteça cria-se um caminho favorável à depressão, isolamento social e atraso no diagnóstico de condições médicas subjacentes, entre muitas outras consequências nefastas na vida da população.

A sexualidade está presente na vida das pessoas idosas⁸, pois faz parte integrante da pessoa, e manifesta-se das mais variadas formas, não única e exclusivamente pelo contato genital, mas também pelo olhar, o sentir amado e respeitado, o falar e fazer ouvir e também pela forma de elaboração do dia-a-dia. Mulheres e homens idosos não deixam de ser seres sexuais à medida que vão envelhecendo, nem deve haver nenhum preconceito sobre a forma como vivem a sua sexualidade (Pimenta, 2014). Masters e Johnson (1981) afirmam que do ponto de vista psicosssexual o homem idoso deve lutar contra uma das grandes carências da nossa cultura, que consiste na ignorância generalizada àcerca da sexualidade na idade

⁷ Centers for Disease Control and Prevention, disponível em: <<http://www.cdc.gov/>>.

⁸ Risman (2004), referindo-se à antiguidade, destaca o facto de a sexualidade não ser um tema muito abordado, já que os relacionamentos entre as pessoas se relacionavam apenas com a esfera da reprodução e, por outro lado, ‘não havia idosos’, pois a expectativa de vida era apenas até a fase adulta.

avançada. Reprimir é anular-se a si mesmo.

Os estudos de Feldman, Goldstein, Hatzichristou, Krane & McKinlay (1994) – *Massachusetts Male Aging Study (MMAS)*, sugerem uma diminuição consistente e significativa do desejo, dos pensamentos e ainda sonhos sexuais com elevada disfunção erétil. Sugere-se também que a avaliação clínica de transtornos ao nível do desejo sexual nos homens seja feita através da anamnese, exames físicos e testes laboratoriais, sendo que o primeiro passo ao delinear a história do paciente deve ser o de perceber o padrão do problema, ou seja, se este é generalizado ou situacional, se acompanhou o sujeito ao longo da vida ou foi adquirido mais recente (Kaplan, 1983). Outra visão, de Vasconcelos (2001, p.415), referindo-se à teoria psicanalítica explica como a clivagem entre a ternura e a sensualidade proposta por Freud (1912/1969), é reativada neste período tardio da vida de maneira ainda mais insidiosa.

Na verdade, a promoção da saúde sexual na velhice, e concretamente, no caso dos homens que vivenciam o processo de andropausa (mais reconhecido pela sociedade em geral), ou DAEM (termo também adotado neste trabalho), requer, como já se mencionou, saber diferenciar os sintomas da andropausa dos sintomas de crise de meia-idade masculina, pois esses sintomas podem ser facilmente confundidos pela sociedade e por profissionais de saúde.

A educação para a saúde é primordia na promoção da saúde sexual masculina no contexto da andropausa (Pimenta, 2014). Seguindo esta linha de pensamento, consideramos que promover a saúde na população idosa, e mais concretamente em homens que experienciam o processo de andropausa, é uma necessidade onde se devem implicar vários setores sociais e da saúde, entre os quais os e as profissionais que trabalham nos serviços de atenção básica. Assim sendo, apresentamos em seguida a metodologia deste projeto de intervenção em educação para a saúde, que a nosso ver tem justificação, à luz dos pressupostos teóricos supra-mencionados.

3 METODOLOGIA

3.1 Objetivos

A presente dissertação tem como grande objetivo *Analisar as atividades realizadas pela equipa multidisciplinar na atenção básica para a promoção da saúde e bem estar na andropausa.*

No sentido de lhe dar resposta elaborámos os seguintes objetivos específicos:

1. Identificar os sinais e sintomas da andropausa relatados por homens com mais de 50 anos de idade;
2. Descrever os tipos de tratamento, com seus riscos e benefícios, propostos por uma equipa multidisciplinar em cuidados básicos de saúde;
3. Desenvolver um projeto de educação para a saúde a implementar na atenção básica em saúde, pela equipe multidisciplinar no Posto de Saúde de São Raimundo, para a promoção da saúde e bem estar na andropausa.

3.2 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório, de índole predominantemente quantitativa, que pretende abordar uma população masculina, a partir dos 50 anos de idade, para identificar e descrever como a população masculina enfrenta o período de transição que é a andropausa.

3.3 Participantes

O presente estudo contou com 50 participantes do sexo masculino, com idades a partir dos 50 anos, provenientes da população geral da Cidade de São Luís - Maranhão, que se propuseram a participar do estudo, a preencher o protocolo de investigação juntamente com o termo de consentimento.

O modelo de amostragem utilizado foi do tipo não probabilístico, por conveniência, uma vez que os participantes foram selecionados de forma a que se conseguisse facilmente aceder (Hill & Hill 2002) e através do método de *snowball*, dado que se selecionaram alguns indivíduos que consequentemente recomendaram outros indivíduos, proporcionando um aumento geométrico da amostra.

Os critérios de inclusão foram:

- 1) Ser do sexo masculino;
- 2) Ter idade igual ou superior a 50 anos;
- 3) Saber ler e escrever;
- 4) Aceitar participar no estudo e preencher termo de consentimento informado.

Para além dos participantes que constituíram a amostra em estudo, na implementação do projeto de intervenção, participaram ainda profissionais de Nutrição, Psicologia, Médico Clínico Geral, Fisioterapeuta e Enfermeira, que intervêm no âmbito da atenção básica no Centro de Saúde São Raimundo.

3.4 Instrumento de colheita de dados

Nesta investigação, foi utilizado um questionário (ANEXO 1) elaborado pela investigadora, e aplicado à amostra de 50 participantes, para identificar alguns sinais e sintomas da andropausa relatados pelos participantes, bem como aspetos relacionados com a sua sexualidade, vida social, e a relação que têm estabelecido com a equipa multidisciplinar em cuidados básicos de saúde que frequentam. O instrumento foi previamente validado por um pequeno grupo de 5 homens com mais de 50 anos de idade que voluntariamente aceitaram participar e logo depois foram feitos convites para outros idosos por meio dos agentes comunitários de saúde e pelos próprios primeiros 5 participantes.

3.5 Procedimentos

Numa primeira fase do projeto foram desenvolvidas atividades de contacto com a equipa, apresentado o projeto sobre a Andropausa onde foi feito o pedido de autorização pela pesquisadora à Direção do Centro de Saúde para a, implementação do estudo (ANEXO 2). A resposta favorável foi obtida e, os e as profissionais, em participar numa reunião conjunta onde se discutiram possíveis estratégias de intervenção, numa perspetiva de interdisciplinaridade e considerando também a realidade diária das atividades desenvolvidas na atenção básica a idosos.

Numa segunda fase, para a constituição da amostra, os participantes foram convidados a participar nas atividades educativas relacionadas com a Andropausa, que iriam

ter lugar no Posto de Saúde São Raimundo, e também a preencher um questionário e o termo de consentimento. Estes foram entregues em mão, dentro de um envelopes lacrados para cada um dos participantes, que os puderam levar para a sua residência e responder com calma, preservando totalmente seus dados e suas respostas. Foi dado um prazo de 5 dias para responderem o questionário, no 5º dia os Agentes Comunitários de Saúde do Posto São Raimundo foram em busca ativa desses participantes recolhendo esses questionários já respondidos.

Ainda durante esta fase, a investigadora observou as atividades desenvolvidas pela equipa de saúde do Posto São Raimundo, com o intuito de conhecer que estratégias vão sendo utilizadas pela equipa multidisciplinar dirigidas ao homem que experiência o processo de andropausa. Para além disso, foi também neste segundo momento que se trataram os dados da entrevista por questionário aplicada na primeira fase do projeto e prepararam as atividades de educação para a saúde a implementar.

Na terceira e última fase do projeto, foram realizadas atividades no âmbito da educação e promoção da saúde, durante quatro meses, uma vez por mês enquanto durou a pesquisa, e após o término foi dada continuidade às atividades com o grupo dos idosos que se disponibilizaram a participar. Como instrumento de avaliação das atividades, foi utilizado um questionário, de preenchimento breve (ANEXO 3), aplicado no final de cada sessão. Nesta última fase do projeto teve ainda lugar a elaboração do relatório final pela investigadora.

3.6 Projeto de Intervenção

O projeto implementado englobou três atividades de educação para a saúde no contexto da andropausa, dirigidas ao grupo de homens em estudo, que envolveram para além da investigadora, outros profissionais da equipa multidisciplinar: a) promoção de relacionamento interpessoal; b) promoção de autoestima; e c) promoção do envelhecimento ativo masculino.

3.6.1 Atividades de promoção de relacionamento interpessoal

Vários autores, entre eles Nunes & Peixoto (1994) e Frutuoso (1996), tem afirmado que os programas dirigidos a idosos operam mudanças em seus participantes quanto ao desenvolvimento da autoestima e recuperação da memória, propiciando novos

conhecimentos e o desenvolvimento de novas habilidades. Araújo & Carvalho (2004) também ressaltam a importância dos vínculos que se estabelecem dentro dos programas destinados aos grupos de idosos.

O Posto de Saúde São Raimundo é um excelente local para a implantação de práticas de atividades diversas relacionadas com a saúde, devido ao espaço físico e por ficar dentro de uma comunidade participativa. Assim, aproveitando esse facto, no segundo encontro com os idosos, inicialmente agendado, teve lugar uma palestra sobre *a importância do relacionamento interpessoal* (ANEXO 4), na qual participou, para além da investigadora, a Psicóloga que integra a equipa de saúde. Inserida ainda nesta atividade teve ainda lugar, no final, uma dinâmica de grupo no sentido de promover maior interação (já que moram no mesmo bairro e frequentemente não contactam entre eles).

O encerramento da atividade contemplou um lanche saudável, para que os participantes pudessem continuar a interagir entre eles.

3.6.2 Atividade de promoção de autoestima

Com o intuito de promover a autoestima nos participantes e a coesão grupal, foi planeada e implementada uma atividade (ANEXO 5) que aliou contributos da nutrição e da atividade física, dado que se reconhecem como aspetos fundamentais na promoção da saúde e da qualidade de vida da pessoa idosa. Nesse sentido, contando num primeiro momento com a colaboração da Nutricionista do Centro de Saúde, foi proferida uma palestra por si, com cerca de 60 minutos de duração, na qual se abordaram orientações e princípios sobre hábitos alimentares saudáveis, contemplando informações relevantes para esta faixa etária. A investigadora também participou na sessão, interpelando o grupo de idosos a expôr as suas dúvidas, partilhar hábitos alimentares, convidando-os a interagir, trocar experiências e orientando/introduzindo também para a dinâmica seguinte – sessão de atividade física para idosos. Esta sessão, teve como dinamizadora a fisioterapeuta da Unidade de Saúde, e durou cerca de 30 minutos. Com o grupo de idosos foram realizados alguns exercícios físicos leves e específicos para a faixa etária com a ajuda da Fisioterapeuta, reforçando a importância da prática de exercícios físicos frequentes, de suas capacidades e habilidades. Para finalizar, foi distribuído um lanche saudável, onde foi dada continuidade à conversa interativa com a contribuição da pesquisadora enfatizando a importância das qualidades de cada participante, elogiando-os, mostrando que todos somos capazes, embora cada um com suas limitações e que para manter nossa auto-estima em alta, precisamos nos dar valor e manter sempre

pensamentos e amizades positivas ao nosso redor.

3.6.3 Atividades de promoção do envelhecimento ativo masculino

A última intervenção de educação para a saúde implementada (ANEXO 6), contou com a colaboração do médico de clínica geral do posto de saúde, concebida com o objetivo de sensibilizar os homens com mais de 50 anos participantes no estudo, que experienciam (ou vão experienciar) o processo de andropausa, para a importância de participarem ativamente na promoção da sua saúde sexual, envelhecendo com qualidade de vida.

Foram sistematizados num primeiro momento algumas informações através de uma sessão interativa acerca da andropausa, na qual participou, para além da investigadora, a Médica (clínica geral), procurando sensibilizar para o quanto é importante estar envolvido em atividades produtivas e sociais e que isso tem impacto no envelhecer com saúde e qualidade de vida. Posteriormente foi aberto um momento de discussão e esclarecimento de dúvidas.

À semelhança das duas anteriores, a atividade foi encerrada com um lanche para promover a interação entre os participantes, e o esclarecimento de novas dúvidas, questões, reforçando a importância da inclusão das pessoas idosas na sociedade.

Foi igualmente aplicado um questionário de avaliação da sessão realizada.

3.7 Tratamento de dados

O Processo de análise de dados contemplou maioritariamente a análise estatística (estatística descritiva), recorrendo ao Microsoft Office Excel e apresentando sob a forma de tabelas e gráficos, no programa Microsoft Office Power Point.

3.8 Considerações Éticas

Para a realização deste projeto consideraram-se alguns procedimentos éticos, tais como: i) solicitar autorização ao Centro de Saúde para realização da investigação (anexos 2); ii) solicitar o preenchimento do consentimento informado aos homens participantes (anexo 1); e ainda iii) manter o anonimato e confidencialidade relativamente aos idosos participantes, o direito à não participação e a toda a informação sobre o projeto.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados obtidos neste projeto de intervenção dizem respeito a dois grandes momentos: i) a aplicação do questionário à amostra em estudo; e ii) a observação das atividades desenvolvidas pela equipa de saúde na promoção da andropausa no Centro de Saúde.

4.1. Aplicação do Questionário: «Andropausa e Sexualidade Masculina»

4.1.1 Perfil biográfico

Os resultados obtidos com a aplicação do questionário, revelam, no que diz respeito ao estado civil, que 75, 51% dos homens que participaram no estudo são casados (Gráfico 1) e com filhos (76% refere ter)⁹.

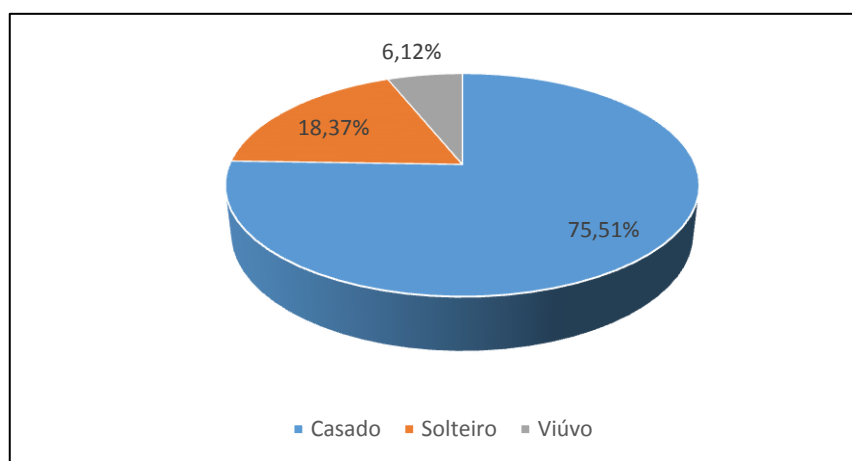


Gráfico 1 – Estado Civil. Fonte: Elaborado pela autora (2017)

4.1.2 Relação com os serviços de saúde

No que diz respeito à relação destes idosos com os serviços de saúde, e mais concretamente com a atenção básica, verificou-se que mais de metade do grupo em estudo refere ter frequentado consultas médicas de rotina nos últimos seis meses (68%). Por outro lado, quando questionados sobre o uso de medicação no dia a dia (não necessariamente reposição hormonal), os dados revelam que 62% dos homens tomam habitualmente algum

⁹ Representações gráficas relativas ao ítem ‘perfil biográfico’ representadas integralmente no anexo 7.

(ou vários) medicamento(s) (gráfico 2)¹⁰.

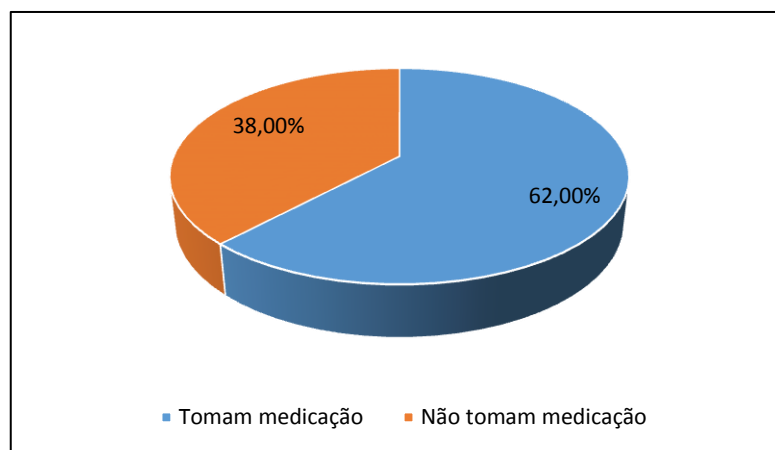


Gráfico 2 – Tomam alguma medicação. Fonte: Elaborado pela autora (2017)

Em relação ao atendimento na Atenção Básica, 86% dos idosos considera que a resposta de saúde que encontram tem sido importante para o seu bem estar nesta fase da vida (gráfico 3).

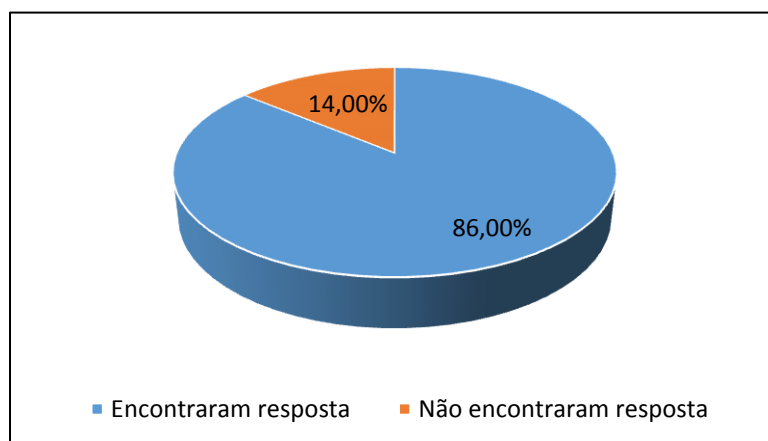


Gráfico 3 – A resposta de saúde que encontram na atenção básica tem sido importante para o seu bem estar nesta fase da vida. Fonte: Elaborado pela autora (2017)

4.1.3 Andropausa, sexualidade e atividade sexual

Relativamente a este ponto, foi possível averiguar pelos dados colhidos que 64% dos

¹⁰ Representações gráficas sobre relação entre homem idoso e serviços de saúde apresentadas integralmente no anexo 8.

homens referem sentir desejo sexual pela sua esposa e que os sintomas sexuais estão associados à satisfação relacional e auto-estima (gráfico 4).

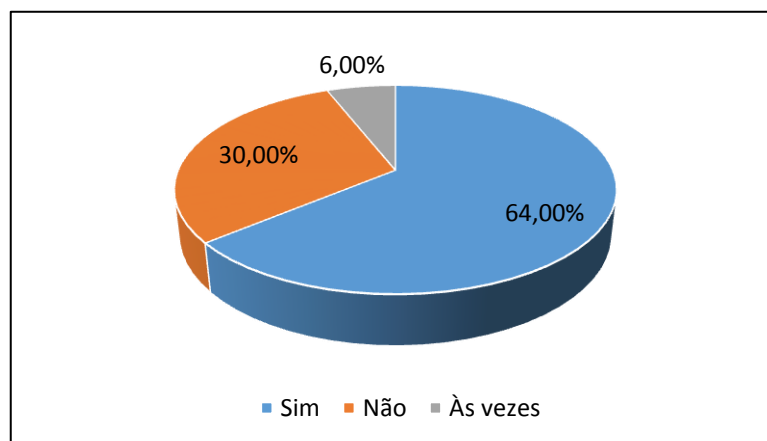


Gráfico 4 – Homens que ainda sentem desejo sexual pela sua esposa/companheiro/a. Fonte: Elaborado pela autora (2017)

No gráfico 5, os dados demonstram que 74% dos homens referem não terem apresentado uma diminuição na quantidade de líquido no ato da ejaculação.

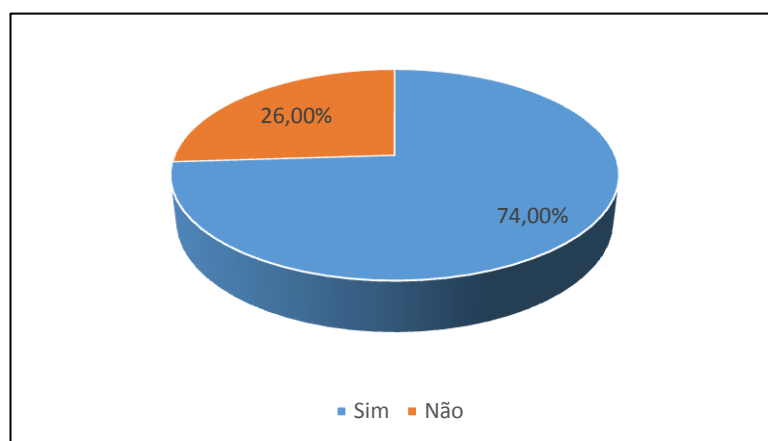


Gráfico 5 – Houve diminuição na quantidade de líquido no ato da ejaculação. Fonte: Elaborado pela autora (2017)

A maioria dos homens (64%) afirma também ter tido a necessidade de procurar atendimento com algum profissional, médico, psicólogo dentre outras especialidade (gráfico 6); 40 % realizaram 4 ou mais consultas e 62% dos inquiridos referem ter apresentado, em algum momento das suas vidas, um ou mais problemas de saúde (gráficos 6 e 7, representados em anexo 8).

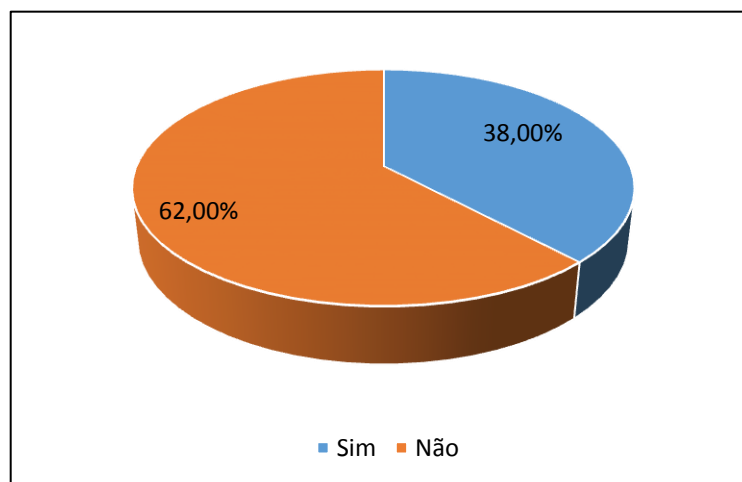


Gráfico 6 – Já sentiram a necessidade de procurar ajuda de algum profissional Médico, Psicólogo ou outro. Fonte: Elaborado pela autora (2017)

Por outro lado, podemos notar ainda, que a maioria dos homens não praticam atividade física regular (82%) e com isso diminuiu muito a disposição pelas atividades cotidianas (84%)¹¹. Por esse motivo o presente projeto de intervenção procurou resgatar durante as sessões de educação em saúde a questão de viver em sociedade e estimular hábitos de exercício físico, como forma de promover a qualidade de vida durante a andropausa, promovendo assim também a autoestima e a vontade de viver. No Brasil, um estudo de Yassuda & Silva (2010) teve como objetivo investigar de que modo a participação em programas direcionados para a terceira idade gera benefícios para a cognição, humor e satisfação com a vida, reforçando a necessidade de investir nesta área.

No grupo de homens em estudo, 72% dos entrevistados relataram perda ou diminuição da memória¹²; 58 % referiram insônia¹³, 62% relataram apresentar suores inesperados e repentinos¹⁴, a maioria também referiu ainda ansiedade (62%)¹⁵ e irritabilidade (74%)¹⁶. Estes dados enquadram-se na maioria de sinais e sintomas descritos na literatura sobre a andropausa, concretamente, como refere Cardoso (2014, p.299), entre outros autores, “[...] a diminuição da massa e força muscular, o aumento da gordura abdominal, [...] diminuição da performance cognitiva, depressão, angústia, insônia, sudorese, disfunção erétil e diminuição da sensação de bem-estar geral”.

¹¹ Anexo 9 – Gráficos 8 e 9.

¹² Anexo 9 – Gráfico 11.

¹³ Anexo 9 – Gráfico 12.

¹⁴ Anexo 9 – Gráfico 13.

¹⁵ Anexo 9 – Gráfico 14.

¹⁶ Anexo 9 – Gráfico 10.

Como consideram Katona et al. (2010), diversos estudos encontram efeitos benéficos, tanto no nível mental como físico, quando as pessoas idosas participam em programas e atividades de vários tipos, no âmbito de projetos de promoção da saúde. Entre elas também, destacam os autores, as pessoas idosas com doenças mentais, que devem ter o direito e a oportunidade de fazer parte desses projetos.

No presente estudo, 80% dos homens inquiridos afirmam ter um bom relacionamento com as pessoas que convivem na sua residência¹⁷ e 76% afirmam ter um bom relacionamento com a, sua companheira/esposa¹⁸ sendo que, os homens da amostra em questão manifestam situar-se no contexto da heterossexualidade, referindo-se sempre a relações com esposa ou companheira, e em nenhum caso com pessoas do mesmo sexo. Por outro lado, afirmam também não tentar evitar ter relações sexuais (62%), apesar de 54% desses homens classificar a sua vida sexual como monótona¹⁹. Erbolato (2006) considera que investir num bom relacionamento sexual e afetivo, em geral tem influência positiva sobre as pessoas, oferecendo proteção, sentimentos de bem-estar e potencia a auto-estima. No presente estudo, 64% dos homens inquiridos consideraram que o seu desejo sexual poderia ser maior²⁰, ainda que 78% considerem que o desejo sexual para si é satisfatório²¹, 54% afirmam ter ereções duradouras²² e 62% disseram continuar com ereções eficazes para a penetração²³; 58% manifestaram ainda que após uma primeira relação sexual se sentem capazes de ter outra relação sexual num curto período de tempo²⁴. Contudo, 94% afirmaram que no geral a relação sexual é dolorosa²⁵. Com o envelhecimento, ocorrem mudanças significativas na fisiologia sexual, intensificando-se com a chegada da andropausa manifestam-se alterações específicas no corpo e na fisiologia masculina (Butler & Lewis, 1976). Apesar de haver uma diminuição da produção de espermatozóides, tanto em termos de quantidade como de qualidade, ela permanece por toda a vida do homem (Ribeiro, 2007). A maioria dos homens inquiridos neste estudo (74%) referem sentir uma diminuição na quantidade de líquido no ato da ejaculação²⁶.

Por outro lado, 68% disseram relacionar-se com mulheres mais novas e, 62%, que nos últimos tempos recorreram a algum tipo de medicamento para manter a ereção. Ainda

¹⁷ Anexo 9 – Gráfico 15.

¹⁸ Anexo 9 – Gráficos 16 e 17.

¹⁹ Anexo 9 – Gráfico 21.

²⁰ Anexo 9 – Gráfico 18.

²¹ Anexo 9 – Gráfico 25.

²² Anexo 9 – Gráfico 22.

²³ Anexo 9 – Gráfico 23.

²⁴ Anexo 9 – Gráfico 19.

²⁵ Anexo 9 – Gráfico 20.

²⁶ Anexo 9 – Gráfico 24.

50% afirmam masturbar-se e 60% recorrem habitualmente a filmes e revistas de cariz pornográfico para potenciar a excitação²⁷. De facto, como referem Masters, Johnson e Kolodny (1997), um dos sinais mais nítidos de envelhecimento na fisiologia do aparelho sexual masculino é a lentidão das respostas eréteis, o que causa, por vezes, frustração nos homens, tendo em vista que eles costumam associar a rapidez na ereção com maior excitação e envolvimento para o sexo.

4.2 Atividades desenvolvidas pela equipa de saúde na promoção da andropausa no Centro de Saúde São Raimundo

Torna-se necessários entender o idosos na atualidade para então poder realizar intervenções que vem em encontro as demandas atuais, como fala Debert (1997). De acordo com os objetivos da pesquisa, foram analisadas as atividades realizadas pela equipe multidisciplinar na atenção básica para a promoção da saúde e bem estar na andropausa. Assim, para além dos dados recolhidos através do questionário, o contacto com a investigadora e a equipa de saúde do Centro de Saúde, que acolheu a implementação deste projeto de intervenção, foi possível, com recurso à observação, identificar algumas atividades que esta linha de resposta em saúde oferece a homens com mais de 50 anos de idade (sistematizadas no quadro que se segue).

Equipa multidisciplinar	Atividades desenvolvidas
Psicólogo	- Orientações sobre: A importância do relacionamento interpessoal. - Promoção do envelhecimento ativo. - A importância da prática de exercícios físicos. - Hábitos alimentares saudáveis.
Médico de Clínica geral	
Fisioterapeuta	
Nutricionista	
<u>Enfermeira</u>	

Quadro 1 – Quadro síntese das atividades desenvolvidas pela equipa de saúde – fruto da observação feita. Fonte: Elaborado pela autora (2017)

Da análise feita, considerando as diversas atividades desenvolvidas pela equipa multidisciplinar na atenção básica, identificadas pela investigadora, sobressaiu a ideia de que todos os intervenientes comungam uma visão de envelhecimento humano associado, como refere Goldman (2000), a um processo vivenciado não apenas pelo indivíduo mas também pelos seus familiares e sociedade. Pois, no atendimento ao utente, todos focaram a necessidade de envolver os conviventes significativos, procurando sempre conhecer a dinâmica familiar e social e o contexto (os recursos). Por outro lado, as intervenções de cada

²⁷ Anexo 9 – Gráficos 28 e 29.

um destes profissionais de saúde, contempla a promoção do envelhecimento ativo e bem sucedido, com vista à melhoria da qualidade de vida.

Ainda assim, constata-se que a abordagem da equipa não contempla um momento, ou uma consulta específica sobre sexualidade, ou até, especificamente sobre a andropausa, por exemplo. Ora, como referem diversos autores, sendo a sexualidade um aspeto importante na vida das pessoas idosas, considerando também o contexto da andropausa, este não é um tópico frequentemente abordado pelos profissionais de saúde (Pimenta, 2014, mencionando Lindau et al., 2007).

A saúde masculina tem sido uma temática pouco abordada e discutida em contraposição à saúde da mulher, a qual é objeto de políticas públicas e de várias investigações (Braz, 2005).

A ausência de um programa específico para o homem e a identidade masculina relacionada a seu processo de socialização, pode ser uns dos principais fatores que nos levam aos indicadores atuais da Saúde, tendo como principais causas de morte masculina, as doenças cardiovasculares e as neoplasias malignas (Figueiredo, 2005).

Longe de sugerir um "movimento machista", com intuito de ampliar as discussões acerca das questões que envolvem os homens, caberia enfatizarmos a necessidade de semelhante mobilização política para reverter a atual situação da saúde masculina (Paschoalick, et. al., 2006). Pois a ausência de uma oportunidade equitativa em relação à assistência em saúde, no que concerne ao sexo, implica na exclusão de políticas que privem os homens, dos serviços de saúde (Braz, 2005).

Assim, deve-se levar em consideração a necessidade de se mudar tanto o enfoque em relação ao homem, quanto ao funcionamento dos serviços que não priorizam esta parcela da população.

A equipe multidisciplinar, juntamente com a pesquisadora, desempenhou um importante esforço no sentido de promover uma alteração deste paradigma, já que eles não tinham nenhum momento só deles, nenhum projeto educativo voltado para o público masculino onde eles pudessem interagir, conhecer os sinais e sintomas da andropausa, o funcionamento do seu corpo, tirar dúvidas em relação ao que acontece com o seu organismo e melhor, receber informações de como passar por esse período de transição que é a andropausa, já que todos terão que passar por isso embora alguns não apresentem sintomas aparente como as mulheres apresentam, além de serem orientados sobre os tipos de tratamento, dentre outras. Como refere Ander-Egg (2000, p. 53), “[...] a educação permanente deve ser verdadeiramente eficaz, estar complementada com uma política de

animação”, ou seja, é necessário despertar o interesse e a motivação das pessoas para a importância de uma constante renovação.

Trilla (1997) define a “animação sociocultural” como o conjunto de ações realizadas por indivíduos, grupos ou instituições sobre uma comunidade com o propósito de promover em seus membros uma atitude de participação ativa no processo de seu próprio desenvolvimento tanto social como cultural.

O animador social é um educador social porque investe na busca, no descobrimento e na exposição das causas das desigualdades individuais e sociais (Quintana, 1996).

Se a aspiração comum passar por promover a saúde e prevenir a doença o animador estará encarregue de fazer confluir atividades interdisciplinares e intergeracionais de pendor socioeducativo nos contextos de vida dos idosos, de maneira a que os mesmos sejam protagonistas da ação. Nos termos de Jacob (2007), a

[...] animação com idosos representa um conjunto de etapas com o objetivo de facilitar o acesso a uma vida mais ativa e mais criativa, à melhoria nas relações e na comunicação com os outros, para uma melhor participação na vida da comunidade de que faz parte, desenvolvendo a autonomia pessoal. (p.31).

Ao serem elaboradas estratégias voltadas à conscientização do grupo masculino sobre a adoção de hábitos saudáveis, foi fundamental a sensibilização dos profissionais de saúde da atenção básica, principalmente dos participantes para compreender os padrões culturalmente arraigados na população acerca do que é ser homem. A somatória dos atendimentos prestados por parte da equipe multidisciplinar associado à adequação a uma vida mais saudável leva a um aumento da saúde reprodutiva masculina, a qual agrega fatores indispensáveis para a obtenção de uma melhora significativa no estilo de vida de cada indivíduo.

Os valores aprendidos e vividos como determinações inquestionável, por parte dos participantes, na medida que o tempo passa, vão sendo transformados, no que diz respeito ao conceito do envelhecimento e do aprendizado.

5 CONCLUSÃO

O que se observa nos serviços de saúde, é uma abordagem superficial, abreviada e ancorada no parâmetro da medicalização, de modo que a sexualidade, o bem estar de um modo geral, só cabe nas discussões e intervenções profissionais e por repetição na queixa dos usuários se estiver na lógica da fisiopatologia. A atuação dos profissionais e a estrutura organizacional dos serviços não tem dado conta de assistir os usuários em suas necessidades em saúde sexual, o que implica acrescentar, à vulnerabilidade desses indivíduos ao adoecimento nos níveis individual e social, fatores que os vulnerabilizam no âmbito programático (Ayres, Calazans, Saletti Filho, França-Júnior & Carvalho, 2006).

Torna-se cada vez mais importante conhecer a população alvo do nosso trabalho para que estratégias de inserção de saberes possam promover uma melhora considerável no absenteísmo de alguns homens que deixam de procurar assistência à saúde por preconceitos, tabus ou questões sociais e com isso buscar meios de promoção de conhecimento e saúde através de encontros com esses grupos para amenizar esses males.

O envelhecimento não aparece de repente, como uma força exterior poderosa a dirigir nossa personalidade, mas, aos poucos irá dando indícios de que ele está próximo e é necessário que o indivíduo que se encontre nesse processo de envelhecer esteja ciente das mudanças que surgirão nesse período e que na maioria das vezes não são aceitos pelo idoso, ou seja, ainda há uma resistência, uma rejeição muito grande no que diz respeito à envelhecimento.

Novaes (1997, p.33) diz que “[...] os idosos ativos demonstram que a saúde é um estado de sincronia e o bem estar emocional e mental pode ser cultivado em qualquer idade”.

As unidades básicas de saúde podem estar contribuindo para que esses idosos tenham uma participação ativa nos grupos voltados a eles, com o intuito de promoção da saúde e bem estar durante a andropausa.

Embora os idosos saibam das transformações que irá ocorrer no processo de envelhecimento, é necessário ainda um trabalho de elaboração do dia-dia sobre a resistência que foi criada inconscientemente. É preciso ter mais informação sobre o processo de transição e do período em que se vive a andropausa, ajudando assim o idoso a desmistificar ainda o envelhecimento que é onde tudo começa. Mas mesmo que organicamente, com o envelhecer o ser humano tenha perdas de suas capacidades físicas, mentais, socioculturais. Não perdem a capacidade de sonhar, desejar e principalmente de viver. O poder aprender, de ter uma assistência voltada para esse público, possibilita o enfrentamento com a ideia de que

somos seres mortais, mas que podemos passar pela velhice e seus efeitos com qualidade de vida.

É de suma importância implementar metodologias que visam a promoção da saúde, para que as pessoas consigam tomar decisões acertadas à saúde, pois só aumentando os seus conhecimentos sobre as questões relacionadas com esta problemática podem controlar e melhorar a sua saúde.

Dessa forma o que pretendemos com essas atividades de “educação para a saúde”, foi dotar os idosos de conhecimentos, de forma que eles consigam enfrentar esse período de transição, que é a Andropausa. É fundamental uma educação para a saúde, a fim de promover hábitos de vida saudáveis, uma busca conjunta pois “[...] uma das características básicas da animação, e o fato desta se apoiar numa pedagogia participativa” (Ander-Egg, 2000, p. 343).

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, L.G.D, Leão, I.O., Oliveira, J.B., & Santos, M.M.O. (2006) Promover a vida: uma modalidade da fisioterapia no cuidado à saúde de idosos na família e na comunidade. *Rev. Saúde. Com.*, 2(3). Disponível em: <http://www.uesb.br/revista/rsc/v2/v2n1a6.pdf>.
- Almeida, H. (2012). Biologia do Envelhecimento: uma introdução. In C. Paúl & O. Ribeiro. *Manual de Gerontologia: aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Lisboa: LIDEL (21-40).
- Amaral, A. (1997). *Alterações circadianas na depressão*. (Dissertação de mestrado). Coimbra: Universidade de Coimbra.
- Ander-Egg, E. (2000). *O Léxico do Animador*. Amarante: Edições ANASC.
- Andrade, L.O.M, Canuto, O.M.C, Coelho, M.A, & Arruda, A.A. (2003) *Implantação do programa municipal de atividade física de sobral: um exercício de promoção da saúde*. [on-line]. Disponível em: <http://www.sobral.ce.gov.br/saudedafamilia/publicacoes/promosaude/inicial.php>.
- Andrews, G. (2001). Promoting health and function in an ageing population. *BMJ*, 322, 728-729.
- Antunes, M. C.(2008). *Educação, Saúde e Desenvolvimento*. Coimbra: Almedina.
- Araújo, L. F. & Carvalho, V. A. (2004). *Velhices: estudo comparativo das representações sociais entre idosos de grupo de convivência*. Rio de Janeiro: V7.
- Assis, M., Hartz, Z. M. A., & Valla, V. V. (2004). Programas de promoção da saúde do idoso: uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9 (3), 557-581.
- Ávila, M. B. (2003). Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(2), 465-469.
- Ayres, J. R. D. C. M., Calazans, G. J., Saletti Filho, H. C., França-Júnior, I., & Carvalho, Y. M. D. (2006). Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. *Saúde em debate*, 170, 375-417.
- Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edição 70.
- Ballone, G. (2001). *Depressão no Idoso*. Disponível em: www.psiqweb.med.br/geriat.
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I. & Vohs, K. D. (2003). Does high selfesteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4, 1-44.
- Benedetti, T., Petrski, É., & Gonçalves, L. (2003). Exercícios físicos, auto-imagem e auto-estima em idosos asilados. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano*, 5, 69-74.
- Bernardo, R. P. S. & Matos, M. G. (2003). Adaptação Portuguesa do Physical SelfPerception Profile for Children and Youth e do Perceived Importance Profile for Children and Youth. *Análise Psicológica*, 2(21), 127-144.
- Bolander, V. (1998). *Enfermagem Fundamental: abordagem psicofisiológica*. Lisboa. Lusodidacta.
- Butler, R.N.; Lewis, M.I. (1976). *Sexo e Amor na Terceira Idade*. 2. ed. São Paulo: Summus Editorial.
- Branco, R., & Gonçalves, C. (2000). Envelhecimento demográfico: aspectos demográficos, económicos e sociais da população idosa em Portugal. In: INE. *O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Brasil. (2000). *Lei 10.098, de 19 de dezembro de 2000*. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, Portal da Legislação. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/>

ccivil_03/Leis/L10098.htm

- Brasil. (2003). *Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003*. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, Casa Cível.
- Brasil. (2006) Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Departamento de Apoio a Descentralização. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2008) Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa no SUS. *Política nacional de gestão estratégica e participativa no SUS: participa SUS*. Brasília-DF: Editora do Ministério da Saúde.
- Brasil (2012). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs>
- Braz, M. (2005). A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. *Ciência Saúde Coletiva*, 10(1), 62-65.
- Brock, L., Jennings, G. (2007). Sexuality and Intimacy. In: Blackburn, J.A., Dulmus, C. N. (Eds.). *Handbook of Gerontology*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Bulcão, C, Carange, E., Carvalho, H., Ferreira-França, J., Kligerman-Antunes, J., Backes, J., Landi, L., Lopes, M., Santos, Rômulo, Shool-Franco, A. (2004). Aspectos fisiológicos, cognitivos e psicossociais da senescência sexual. *Ciências e Cognição*, 1, 54-75.
- Capodiecí, S. (2000). *A idade dos sentimentos: amor e sexualidade após os sessenta anos*. São Paulo: Ed. 1. Edusc.
- Carmona, C. G. H., & Melo, N. A. (2000). *Comunicacion interpersonal: programa de entrenamiento en habilidades sociales*. Santiago, Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Carapeta, C., Ramires, A. C., & Viana, M. F. (2001). Auto-conceito e participação desportiva. *Análise Psicológica*, XIX, 51-58.
- Cardoso, P. (2014). Hipogonadismo de Início Tardio. In F. Barros e R. Figueiredo (Org.). *Manul de Medicina Sexual: Visão Multidisciplinar*, p309-314.
- Carruthers, M. (1996). *Male Menopause: Restoring vitality and virility*. London: Harper Collins.
- Carvalho, J. & Mota, J. (2012). O exercício e o envelhecimento. In C. Paúl & O. Ribeiro. *Manual de Gerontologia: aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Lisboa: LIDEL (71-94).
- Cavalcanti, R. & Cavalcanti, M. (1997). *Tratamento Clínico das Inadequações Sexuais*. 2. edição. São Paulo: Editora Roca.
- Charlton, R. (2004). Aging Male Syndrome, Andropause, Androgen Decline or Mid-Life Crisis? *Journal of Men's Health & Gender*, 1(1), 55-59.
- Cianciarullo, T.I.; Gualda, D.M. R.; Silva, G.T. R. & Cunha, Isabel C. K. O. (2002). *Saúde na Família e na Comunidade*. São Paulo: Robe.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, 18, 209-232.
- Conrad, P. (2007). *Medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Corona, G., Rastrelli, G. & Maggi, M. (2013). Diagnosis and treatment of late-onset hypogonadism: Systematic review and meta-analysis of TRT outcomes. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 27, 557-579.
- De Groot, J. M., Kennedy, S., Rodin, G., & Mcvey, G. (1992). Correlates of sexual abuse in women with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Canadian Journal of Psychiatry*, 37, 516-518.
- Debert, G.G. (1997) Envelhecimento e curso da vida. *Revista Estudos Feministas*, Rio de Janeiro, 5(1).

- Drayer, R., Malsant, B., Lenze, E., Rollman, B., Dew, M., Kelleher, K. ... Karp, J. (2005). Somatic Symptoms of depression in elderly patients with medical comorbidities. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20 (10), 973-982.
- Erbolato, R.M. P. L. (2006). Relações Sociais na Velhice. In: Freitas, E.V., Py, L., Cançado, F.A. X., Doll, J. & Gorzoni, M.L. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan. 1324-1330.
- Faleiros, V.P. (2010). O lugar dos idosos nas sociedades tradicionais. In: Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, *Anais...* Brasília.
- Feldman, H.A., Goldstein, I., Hatzichristou, D.G., Krane, R.J. & McKinlay, J.B. (1994). Construction of a surrogate variable for impotence in the Massachusetts Male Aging Study. *J Clin Epidemiol*, 47, 457-67.
- Finkelman, J. (2002) Considerações sobre conceitualização e operacionalização da saúde ambiental. *Ciência & Ambiente*, Universidade Federal de Santa Maria – UFSA, Santa Maria.
- Figueiredo, W. (2005). Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços da atenção primária. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(1), 7-17.
- Frias, A. (2015). *Sexualidade e Género em Campanhas de prevenção da infeção VIH/Sida*. (Tese de doutoramento não publicada). Aveiro: Departamento de Educação, Universidade de Aveiro.
- Frutuoso, D. L. F. (1996). *A terceira idade na universidade: estudo do campo de representação*. Tese de Doutorado. Faculdade de Educação/UFRJ.
- Galvão-Teles, A. (2010). Endocrinologia Clínica e Andropausa. *IX Curso Pós-Graduado do NEDO* (Apresentação oral).
- Garrido, R., Menezes, P. R. (2002). O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 24, supl I, 3-6.
- Giannoulis, M.G., Martin, F.C., Nair, K.S., Umpleby, A.M. & Sonksen, P. (2012). Hormone Replacement Therapy and Physical Function in Healthy Older Men. Time to Talk Hormones? *Endocrine Reviews*, 33, 314-377.
- Goldman, S.N. (2000) *Envelhecer com cidadania: quem sabe um dia?* Rio de Janeiro: Ed. ANG-RJ/CBCISS.
- Greaves, C. & Farbus, L. (2006) Effects of creative and social activity on the health and well-being of socially isolated older people: outcomes from a multi-method observational study. *Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 126 (3), 134-42.
- Greenberg, J., Bruess, C., Haffner, D. (2004). *Exploring the Dimension of Human Sexuality*. 2. ed. Massachusetts: Jones & Batlett Publishing.
- Gruenewald, D.A. & Matsumoto, A.M. (2003). Testosterone Supplementation Therapy for Older Men: Potential Benefits and Risks. *J Am Geriatr Soc*, 51, 101-115.
- Guimarães, P. (2012). Cidadania e envelhecimento. In C. Paúl & O. Ribeiro. *Manual de Gerontologia: aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Lisboa: LIDEL (289-298).
- Handelsman, D.J. & Liu, P. Y. (2005). Andropause: Invention, prevention, rejuvenation. *Trends in Endocrinology and Metabolism*, 16 (2), 39-45.
- Hansen-Kyle, L. (2005). A concept analysis of healthy aging. *Nursing Forum*, 40 (2), 45-57
- Hattie, J. (1992). *Self-Concept*. Hillsdale. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates,
- Heller, C. & Myers, G. (1944). The male climacteric, its symptomatology, diagnosis and treatment: use of urinary gonadotropins, therapeutic test with testosterone propionate and testicular biopsies in delineating the male climacteric from psychoneurosis and psychogenic impotence. *Journal of the American Medical Association*, 126(8), 472-477.

- Hendricks, J., & Achenbaum, A. (1999). Historical development of theories of aging. In: Bengtson, V. & Schaie, K. *Handbook of Theories of Aging*. New York: Springer Publishing Company.
- Hill, M.M. & Hill, A. (2002). *Impacto do Processo da Andropausa na Satisfação Relacional, sexual e auto-imagem*. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.12/4513>
- Herman, H., Patrick, D., Diehr, P., Martin, M., Fleck, M., Simon, G., & Buesching, D. (2002). Longitudinal investigation of depression outcomes in primary care in six countries: The LIDO study. Functional status, health service use and treatment of people with depressive symptoms. *Psychological Medicine*, 32, 889-902.
- Hurd, L. (1999) "We're not old": older women's negation of aging and oldness. *Journal of Aging Studies*, 13, 419.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2005). *Perfil do idoso no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). *Sinopse dos Resultados do Censo*. Rio de Janeiro: IBGE.
- Jacob, L. (2007). Animação do idoso. *Cadernos Soialgest*, 4. (Animação de idosos).
- Kaplan, H.S. (1983). The Psychosexual Evaluation. In: Kaplan, H.S. (Ed.). *The Evaluation of Psychosexual Disorders: psychological and medical aspects*. Pennsylvania: Taylor & Francis
- Jesuino, J. (2012). Posfácio: A idade da sabedoria. In C. Paúl & O. Ribeiro. *Manual de Gerontologia: aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Lisboa: LIDEL (299- 309).
- Katona, C, Chiu, E., Adelman, S., Baloyannis, S., Camus, V., Firmino, H., Gove, D., Graham, N., Ghebrehwet, T., Icelli, I., Ihl, R., Kalasic, A. M., Leszek, J., Kim, S., Lima, C., Peisah, C., Tataru, N. & Warner, J. (2010). Declaração de Consenso da Seção de Psiquiatria Geriátrica da Promoção da Saúde Mental em Idosos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37 (4), 157-161.
- Kuehner, C. (2002). Subjective quality of life: Validity issues with depressed patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 62-70.
- Lawton, M. P. (2001, 4 th ed.). Quality of life and the end of life. In: Birren, J. E. & Schaie, K. W. (Eds.). *Handbook of the psychology of aging*. California: Academic.
- Leme, L.E.G. (2000). *A gerontologia e o problema do envelhecimento: visão histórica*. São Paulo: Atheneu.
- Lima, M. P. (2004). *Posso Participar?*. Porto: Âmbar. (Coleção Idade do Saber).
- Lindau, S.T., Schumm, L.P., Laumann, E.O., Levinson, W., O'Muircheartaigh, C.A., & Waite, L.J. (2007). A study of sexuality and health among older adults in the United States. *The New England Journal of Medicine* (pp. 762 – 774).
- Lindau, S., & Gavrilova, N. (2010). Sex, health, and years of sexuality active life gained due to good health: Evidence from two US population based cross sectional surveys of ageing. *BMJ*. 340:c810. DOI: 10.1136/bmj.c810.
- Loureiro, I. & Miranda, N. (2010). *Promover a Saúde: dos fundamentos à ação*. Coimbra: Edições Almedina.
- Marshall, B. (2007) Climateric redux?: (re)medicalizing the male menopause. *Men and masculinity*, 9, 509-529.
- Marshall, B. (2010) Science, medicine and virility surveillance: 'sexy seniors' in the pharmaceutical imagination. *Sociology of Health & Illness*, 32(2), 211-224.
- Marteletto, R.M. (2001). Análise de redes sociais: aplicação nos estudos de transferência da informação. *Ciência da Informação*, Brasília, 30(1), 71-81.
- Masters, W.H., & Johnson, V.E. (1981). *A conduta sexual humana*. Civilização Brasileira.
- Masters, W.H., Johnson, V.E. & Kolodny, R.C. (1997). *Heterossexualidade*. Rio de Janeiro:

Bertrand Brasil.

- Matsumoto, A. (2002). Andropause clinical implications of the decline in serum testosterone levels with aging in men. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 57(2), M76-M99.
- Miguel, M.E.G.B., Pinto, M.E.B. & Marcon, S.S. (2007). A dependência na velhice sob a ótica de cuidadores formais de idosos institucionalizados. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 9 (3), 784-795.
- Morales, A. & Lunenfeld, B. (2002). Investigation, Treatment and Monitoring of Late Onset Hypogonadism in Males. *The Aging Male*, 5 (2), 74-86.
- Mosquera, J.J.M., & Stobäus, C.D. (2006). Auto-imagem, auto-estima e auto-realização: qualidade de vida na universidade. *Psicologia, saúde & doenças*, 7(1), 83-88.
- Negreiros, T.C.G.M. (2004). Sexualidade e gênero no envelhecimento. *Alceu*, Rio de Janeiro, 5(9), 77-86.
- Novaes, M. H. (1997). *Psicologia da terceira idade: conquistas possíveis e rupturas necessárias*. 2. ed. Rio de Janeiro, NAU.
- Nunes, A. T. G. L. & Peixoto, C. (1994). *Perfil dos Alunos da Universidade Aberta da Terceira Idade: relatório de pesquisa*. Faculdade de Serviço Social/UERJ.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2015). *World report on ageing and health*. Switzerland: Who Press. Disponível em: www.who.int
- Organización Mundial de La Salud (1986). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. In: Organización Panamericana de La Salud. *Promoción de la salud: una antología*. Washington: OPAS.
- Ornelas, J. (2008). *Psicologia Comunitária*. Lisboa: Fim de Século Edições.
- Paschoalick, R. C.; Lacerda, M. R.; Centa, M. L. (2006). Gênero masculino e saúde. *Cogitare Enfermagem*, 11(1), 80-86.
- Pereira, R. S., Curioni, C. C., & Veras, R. (2003). Perfil demográfico da população idosa no Brasil e no Rio de Janeiro em 2002. *Textos sobre Envelhecimento*, 6(1), 43-59.
- Pimenta, J. (2014). *Sexualidade no Idoso: considerações ao profissional de saúde*. (Dissertação de Mestrado). Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Pinsky, M.R. & Hellstrom, WJG. (2010). Hypogonadism, ADAM, and hormone Replacement. *Therapeutic Advances in Urology*, 2(3), 94-104.
- Quintana, J. M. (1996). *La animación sociocultural en el marco de la educación permanente de adultos*, en AA.VV: fundamentos de animación sociocultural. Madrid: Narcea.
- Ribeiro, O. & Paúl, C. (2011). *Manual de Envelhecimento Activo*. Lisboa: LIDEL.
- Ribeiro, A. (2007). Sexualidade na Terceira Idade. In: Papaléo Netto, M. *Tratado de Gerontologia*. 2. ed. São Paulo, Rio de Janeiro, Ribeirão Preto e Belo Horizonte: Atheneu. p.279 – 291.
- Risman, A. (1995) Atividade sexual na terceira idade. In: Veras, R. *Terceira idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, UERJ.
- Risman, A. (2004). Sexualidade e Terceira Idade: uma visão histórico-cultural. *SciELO*, 34, Rio de Janeiro. Disponível em: www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151759282005000100006&lng=pt&nrm=isso
- Rodrigues, R. (2009). *Avaliação comunitária de uma população de idosos da funcionalidade à utilização de serviços*. Coimbra: Mar das Palavras – Edições, L.da.
- Sánchez, F. (2002). *Sexo y afecto en personas con discapacidad*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Seeley, R., Stephens, T. & Tate, P. (1997). *Anatomia & Fisiologia*, 3ª ed. Lisboa: Lusodidacta.

- Snowdon, J. (2002). How high is the prevalence of depression in old age? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (1).
- Tonietto, M. A. (2006) Um breve olhar histórico sobre a homossexualidade. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, São Paulo, 17(3).
- Tremblay, R.R., Morales, A.J. (1998). Canadian Practice Recommendations for Screening, Monitoring and Treating Men Affected by Andropause or Partial Androgen Deficiency. *The Aging Male*, 1(3), 213-218.
- Trilla, J. (Coord.) (1997). *Animación sociocultural: teorías, programas y ámbitos*. Barcelona: Ariel.
- Tuesca-Molina, R., Herrera, N., Sosa, A., Martínez, F., Arjona, Y., Cueto, J., & Manrique, I. (2003). Los grupos de socialización como factores protector contra la depresión en personas ancianas. *Revista Española de Salud Pública*, 77(5).
- Who (1998). *Health promotion glossary*. Geneva. WHO.
- Vaillant, G. E. (2002). *Aging well: Surprising guideposts to a happier life*. Boston: Little, Brown.
- Vasconcelos, E.M. (2001). *Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família*. 2. ed. São Paulo: Hucitec.
- Watkins, E.S. (2007). The Medicalisation of Male Menopause in America. *Social History of Medicine*, 20 (2), 369-288.
- Wu, F.C.W., Tajar, A., Beynon, J.M., Pye, S.R., Silman, A.J., Finn, J.D.,... O'Neill, T.W. et al. (2010). Identification of Late-Onset Hypogonadism in Middle-Aged and Elderly Men. *The New England Journal of Medicine*, 363(2).
- Yassuda, M. S., & Silva, H. S. (2010). Participação em programas para a terceira idade: Impacto sobre a cognição, humor e satisfação com a vida. *Estudos de Psicologia*, 27(2), 207-214.
- Zimmerman, G. I. (2000). *Velhice: aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed.

Andropausa: como a atenção básica pode ajudar o idoso a enfrentá-la

ANEXOS

Anexo 1 – Questionário e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da Pesquisa: Andropausa: como a Atenção Básica pode ajudar o idoso a enfrentá-la

Nome do Pesquisador Principal: Elisangela Fernandes de Souza Chaves

O Sr. está sendo convidado a participar desta pesquisa que tem como finalidade identificar os sinais e sintomas da Andropausa relatados por homens com mais de 50 anos de idade, que terá um número de mais ou menos 50 participantes. Ao participar deste estudo o sr permitirá que a pesquisadora sra Elisangela Chaves, aplique um questionário para colher dados para a pesquisa. O Sr. tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para a sra Elisangela. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa diretamente com a pesquisadora do projeto.

A pesquisa será realizada através de um questionário que será entregue no dia da nossa primeira reunião, onde o participante poderá levar pra casa e responder com calma e será recolhido na nossa segunda reunião. A participação nesta pesquisa não traz complicações legais. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.

Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente a pesquisadora e a orientadora terão conhecimento dos dados.

Ao participar desta pesquisa a sr terá benefícios diretos. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes sobre os sintomas da Andropausa e como enfrentá-la, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa lhe trazer qualidade de vida , onde pesquisadora se compromete a divulgar os resultados obtidos.

O sr não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem.

Obs: Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa. Declaro que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a realização da pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Nome do Participante da Pesquisa

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Orientador

Questionário
«Andropausa e Sexualidade Masculina»

O presente questionário encontra-se estruturado em três pontos: no ponto 1) colocam-se questões para a sua caracterização biográfica (idade, estado civil, profissão); em seguida (2), dados questões acerca da sua história de saúde e o modo como utiliza ou não os serviços de saúde da atenção básica; (3) e por fim, algumas questões relativas às manifestações da Andropausa e à sexualidade masculina.

Agradecemos desde já a sua colaboração, reforçando a garantia do anonimato das suas respostas.

Pedimos que leia e responda as questões abaixo, lembrando que é muito importante que responda todas as questões.

I – PERFIL BIOGRÁFICO

Data de Nascimento: ____/____/____

Estado Cível: _____

Profissão: _____

1 – Tem: companheiro, companheira, namorado, namorada, esposa? (Assinale a opção que considerar válida para si).

2- Tem filhos?

() Sim. Quantos? _____

() Não

3-Com quem mora ? _____

II – RELAÇÃO COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE

3- Teve alguma consulta médica nos últimos 6 meses?

() Sim. Aproximadamente quantas ? _____

() Não.

Porquê? _____

4 – Teve alguma vez algum, ou mais do que um, problema de saúde?

() Sim. Qual/quais? _____

() Não.

5-Toma alguma medicação?

() Sim. Qual ? _____

() Não

6. A resposta de saúde que encontra na atenção básica tem sido importante para o seu bem estar nesta fase da vida?

() Sim; () Não

Porquê? _____

III – ANDROPAUSA, SEXUALIDADE E ATIVIDADE SEXUAL

9.Você notou uma diminuição na sua habilidade para praticar desportos (se for praticante de alguma modalidade)?

10.Você notou uma diminuição na sua performance no trabalho?

6-Tem perda de interesse em desempenhar alguma atividade diária?

(_____) Sim. Indique

algumas: _____

() Não

8-Fica irritado facilmente ?

() Sim, com que frequência ? _____

() Não

9-Alteração da memória (Perda ou falta de memória) ?

() Sim, com que frequência ? _____

() Não

10-Insônia ?

() Sim, com que frequência ?

() Não

11-Suor Excessivo (inesperado e repentino) ?

() Sim, com que frequência ? _____

() Não

12-Ansiedade ?

() Sim, com que frequência ? _____

() Não

13-Sua relação com as pessoas com quem mora é boa ?

() Sim

() Não, com quem a sua relação não é boa em casa ? _____

14-Seu relacionamento é bom ? (com o/a seu/sua companheiro/a, esposa, ou outro)

() Sim

() Não, Por quê ?

15- Você ainda sente desejo sexual pela pessoa com quem se relaciona?

() Sim

() Não

16-Você sente desejo sexual por outras Pessoas?

() Sim

() Não

17-Você tem relações sexuais com frequência?

() Sim, quantas vezes por semana? _____

() Não, Por quê? _____

18-Sente facilidade em ficar excitado nas relações sexuais?

() Sim

() Não, Por quê? _____

19-Suas ereções são duradouras?

() Sim

() Não

20-Sua ereções continuam eficazes para a penetração?

() Sim

() Não

21--A quantidade de líquido no ato da ejaculação diminuiu?

() Sim

() Não

22-O seu desejo sexual é satisfatório para você?

() Sim

() Não, por quê? _____

23-Tenta evitar ter relações sexuais ?

() Sim, qual motivo? _____

() Não

24-Procure se relacionar com mulheres ou homens mais novas (os)?

() Sim, por quê? _____

() Não

25-Pensa que o seu desejo sexual poderia ser maior?

() Sim

() Não

26-Depois de uma primeira relação sexual se sente capaz de ter outra relação num curto período de tempo?

() Sim

() Não

27-Nos últimos tempos recorri a algum tipo de medicamento para manter a ereção?

() Sim, com que frequência usa essas medicações? _____

() Não

28-Costuma masturbar-se?

() Sim, com que frequência? _____

() Não

29-Costuma ver filmes e revistas pornográficas para ficar excitado?

() Sim, com que frequência?

()Não

30-A sua ejaculação é dolorosa?

()Sim, com que frequência?_____

()Não

31-A sua vida sexual é sem graça e monótona?

()Sim, por quê?_____

()Não

32-Já sentiu a necessidade de procurar ajuda de algum profissional Médico, Psicólogo, ou outro?

()Sim. Qual a especialidade médica você procurou ?

()Não

Obrigada pelos seus valiosos contributos

Anexo 2 - Pedido de Autorização à Unidade de Saúde para realização do estudo

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

Venho por meio deste, solicitar autorização para a realização da pesquisa: “_____”, sob minha responsabilidade e posteriormente a implantação do grupo de idosos cujo o Objetivo é orientá-los a passar por esse período de transição.

A coleta de dados será realizada pela pesquisadora: _____ e será feita através de _____

Atenciosamente,

Pesquisadora Responsável

De acordo em / /2017.

(Nome, cargo / carimbo)

Anexo 3 – Questionário de avaliação das intervenções de educação para a saúde

Nome do Tema do dia:

Data:

1. Quanto às atividades realizadas

() Ótimo () Bom () Satisfeito () Insatisfeito

2. Quanto ao conteúdo e temas abordados

() Ótimo () Bom () Satisfeito () Insatisfeito

3. Quanto ao desempenho dos palestrantes

() Ótimo () Bom () Satisfeito () Insatisfeito

4. Quanto às dúvidas e esclarecimentos

() Ótimo () Bom () Satisfeito () Insatisfeito

5. Quanto à minha relação comigo mesmo

() Ótimo () Bom () Satisfeito () Insatisfeito

6. Quanto à minha relação com as pessoas do grupo

() Ótimo () Bom () Satisfeito () Insatisfeito

7. Quanto à iniciativa da pesquisadora em relação ao tema “ Andropausa”

() Ótimo () Bom () Satisfeito () Insatisfeito

Qual a sua avaliação geral do encontro?

Sugestões:

Anexo 4 – Plano da atividade promoção de relacionamento interpessoal

Objetivos da Atividade	Recursos	Roteiro	Resultados Esperados
Promover o relacionamento interpessoal no grupo em estudo.	<p>Materiais: Sala, cadeiras, Papel, canetinhas, marcadores, micro-sistem, CD, lanche (sumo de frutas e biscoitos).</p> <p>Humanos: Grupo de homens participantes no estudo; investigadora; Psicóloga do C.S. São Raimundo.</p> <p>Local: C.S. São Raimundo</p> <p>Tempo: 2 h</p>	<p>- Palestra informativa sobre promoção do relacionamento pessoal, utilizando inicialmente a metodologia expositiva;</p> <p>- Em seguida uma dinâmica de grupo com a seguinte descrição: Ao som da música, os idosos deverão representar sentimentos e emoções que sejam provocados pela mesma, através do desenho. Depois de terminarem o trabalho deverão apresentá-lo ao grupo, referindo as suas motivações. Encerrando com uma “roda de conversa” para tirar as dúvidas, fortalecendo ainda a confiança e a comunicação.</p> <p>- Lanche de confraternização.</p>	Que o grupo de homens em estudo se sinta confiante e disponível para interagir durante as atividades do projeto.

Anexo 5 – Plano da atividade Promoção da autoestima

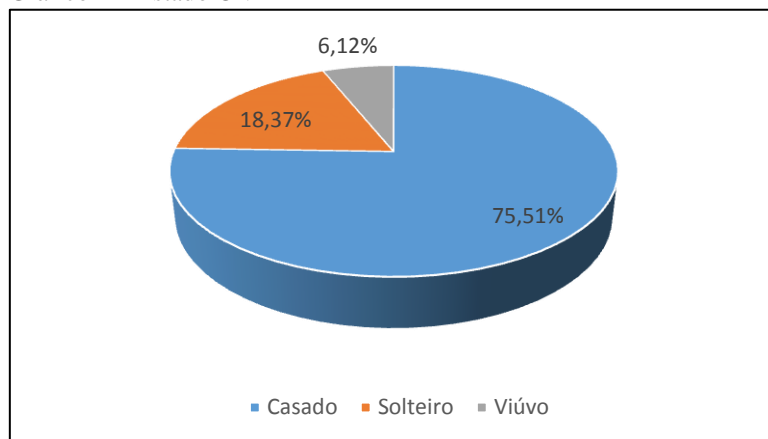
Objetivos da Atividade	Recursos	Roteiro	Resultados Esperados
<p>Sensibilizar o grupo de homens em estudo para a importância de adotar hábitos alimentares saudáveis e prática de atividade física no seu cotidiano;</p> <p>Sensibilizar o grupo para a importância da atividade física e da nutrição na promoção da autoestima individual.</p>	<p>Materiais: Retroprojektor, notebook, micro-sistem, CD, lanche (frutas, águas e pão).</p> <p>Humanos: Grupo de homens em estudo; Nutricionista; Fisioterapeuta; Investigadora.</p> <p>Local: C.S. São Raimundo</p> <p>Tempo: 2h</p>	<p>Palestra sobre promoção da auto-estima com a participação da Nutricionista, que transmitiu informações práticas e relevantes sobre o que são hábitos alimentares saudáveis;</p> <p>Colaboração da investigadora que convidou os participantes a expor as suas dúvidas, colocando questões.</p> <p>Num segundo momento houve intervenção da fisioterapeuta, que propôs ao grupo a realização de alguns exercícios físicos específicos para a faixa etária em questão, reforçando a importância da prática de exercícios físicos diário, como forma de preservar e potencializar as capacidades e habilidades de cada um durante o envelhecimento.</p> <p>No final teve lugar um lanche, de convívio, dando continuidade à conversa interativa com a contribuição da pesquisadora enfatizando a importância das qualidades de cada participante, elogiando-os, mostrando que todos somos capazes, independentemente das condições e limitações individuais.</p>	<p>Coesão grupal</p>

Anexo 6 – Plano da atividade promoção do envelhecimento ativo masculino

Objetivos da Atividade	Recursos	Roteiro	Resultados Esperados
<p>Informar sobre o significado de andropausa;</p> <p>Discutir a importância da promoção do envelhecimento ativo no contexto da andropausa.</p>	<p>Materiais: sala, micro-sistem, CD, frutas, sumos e biscoitos;</p> <p>Humanos: Grupo de homens participantes;</p> <p>Médica de Clínica Geral; Investigadora.</p> <p>Local: C.S. São Raimundo.</p> <p>Tempo: 2hs</p>	<p>Sessão expositiva sobre o significado de andropausa (50 minutos) – o que significa e quais as principais manifestações.</p> <p>Esclarecimento de questões apresentadas pelo grupo;</p> <p>Debate sobre a relação entre promoção do envelhecimento ativo e a andropausa.</p> <p>Lanche.</p>	<p>Que os participantes entendam que é possível envelhecer com saúde, com qualidade de vida mesmo no contexto da andropausa.</p>

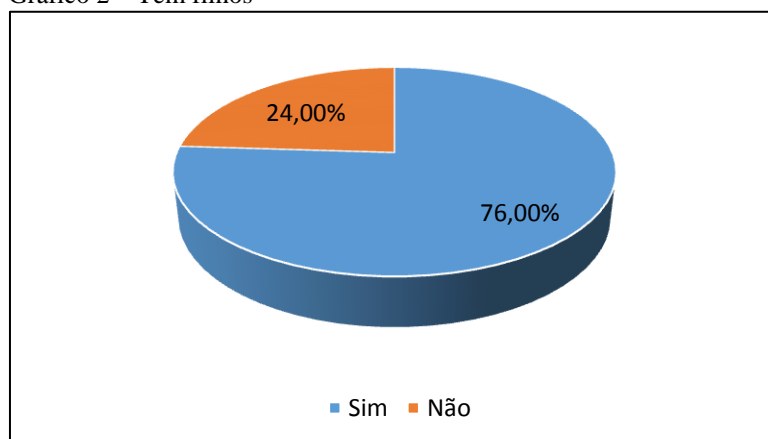
Anexo 7 – Representações gráficas relativas ao perfil biográfico

Gráfico 1 – Estado Civil



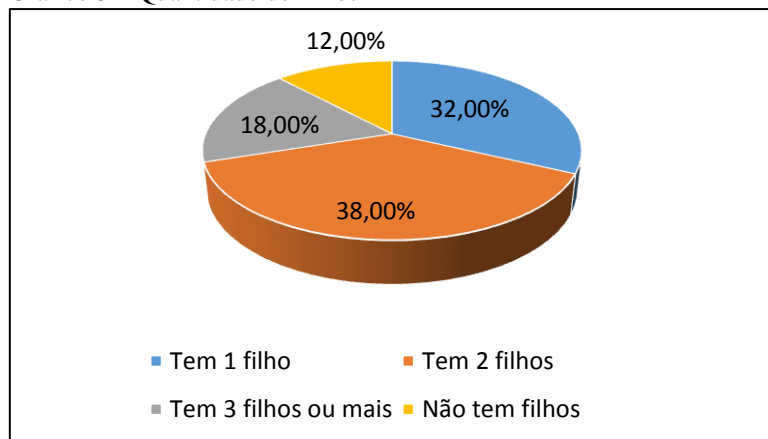
Fonte: Elaborado pela autora (2017)

Gráfico 2 – Tem filhos



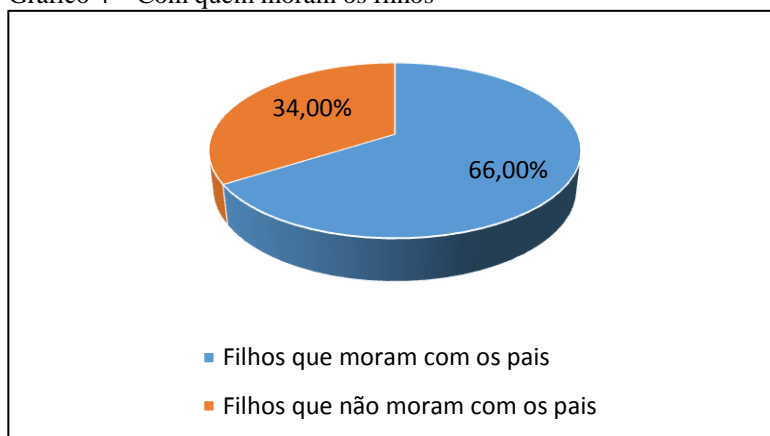
Fonte: Elaborado pela autora (2017)

Gráfico 3 – Quantidade de filhos



Fonte: Elaborado pela autora (2017)

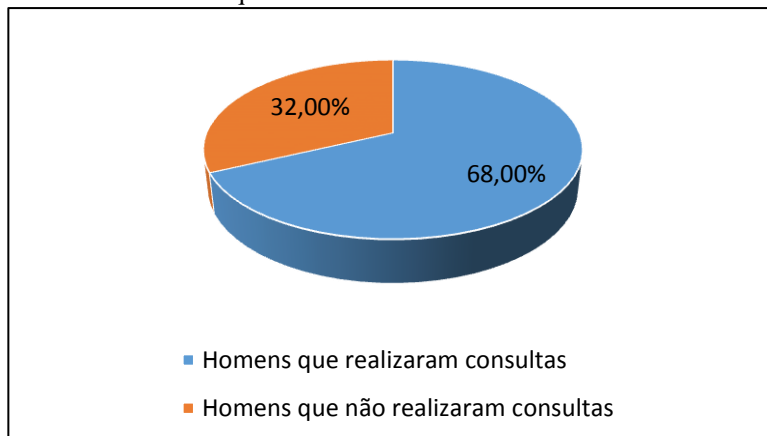
Gráfico 4 – Com quem moram os filhos



Fonte: Elaborado pela autora (2017)

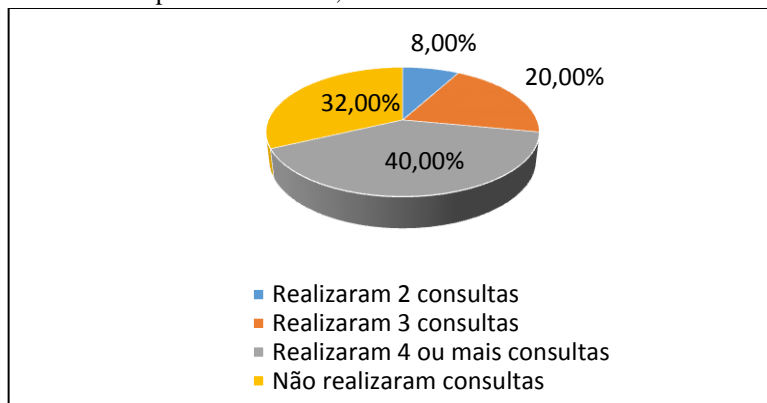
Anexo 8 – Representações gráficas sobre relação entre homem idoso e serviços de saúde

Gráfico 5 – Homens que tiveram consulta médica nos últimos 6 meses



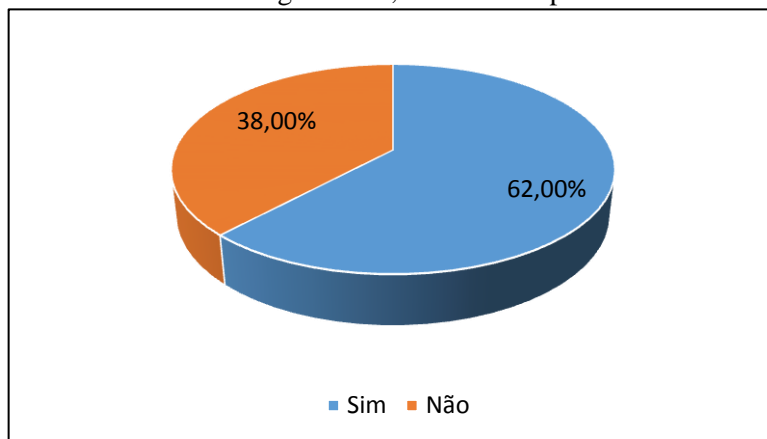
Fonte: Elaborado pela autora (2017)

Gráfico 6 – Aproximadamente, o número de consultas realizadas durante esses 6 meses



Fonte: Elaborado pela autora (2017)

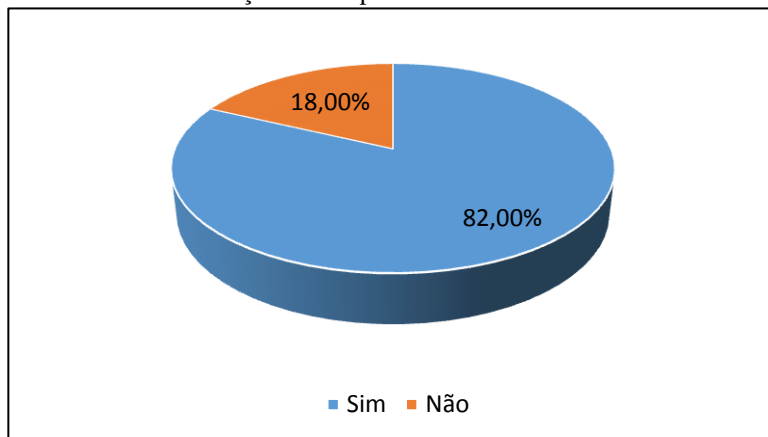
Gráfico 7 – Tiveram alguma vez, um ou mais problemas de saúde



Fonte: Elaborado pela autora (2017)

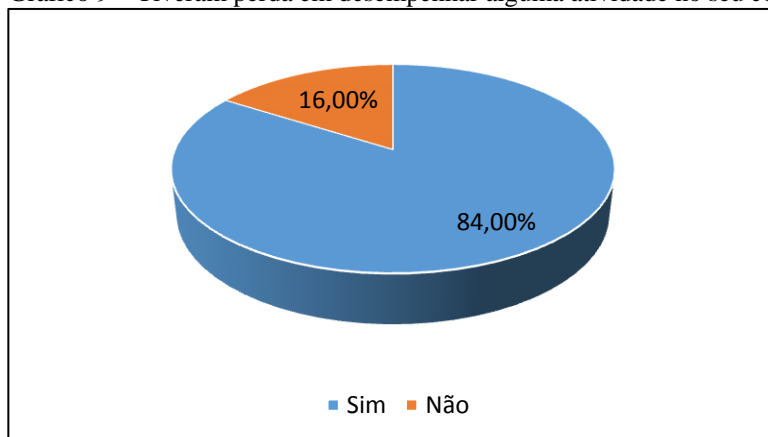
Anexo 9 – Representações gráficas sobre andropausa, sexualidade e atividade sexual

Gráfico 8 – Homens que notaram uma diminuição na sua habilidade para praticar desporto e diminuição na sua performance no trabalho



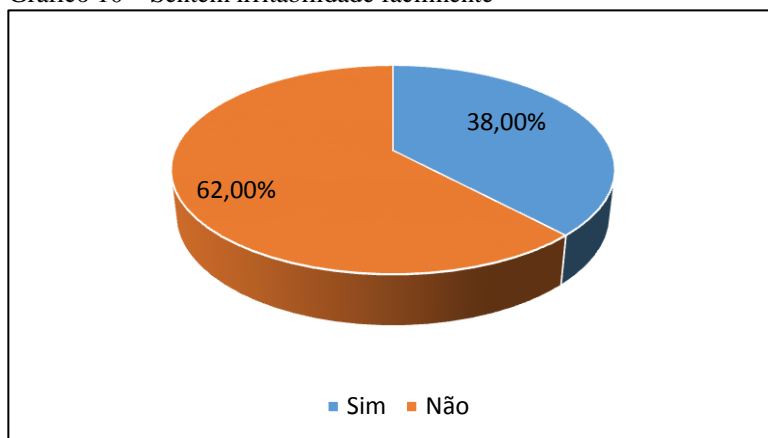
Fonte: Elaborado pela autora (2017)

Gráfico 9 – Tiveram perda em desempenhar alguma atividade no seu cotidiano



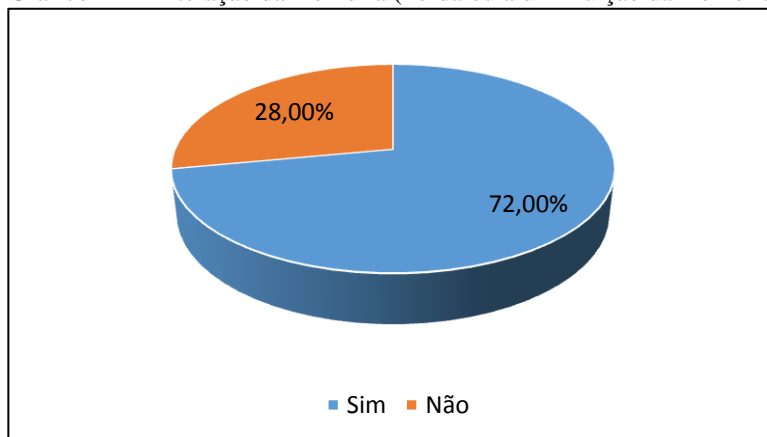
Fonte: Elaborado pela autora (2017)

Gráfico 10 – Sentem irritabilidade facilmente



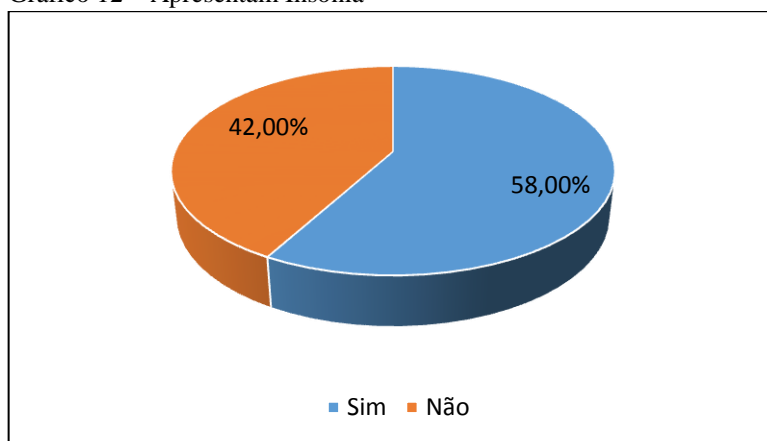
Fonte: Elaborado pela autora (2017)

Gráfico 11 – Alteração da memória (Perda ou a diminuição da memória)



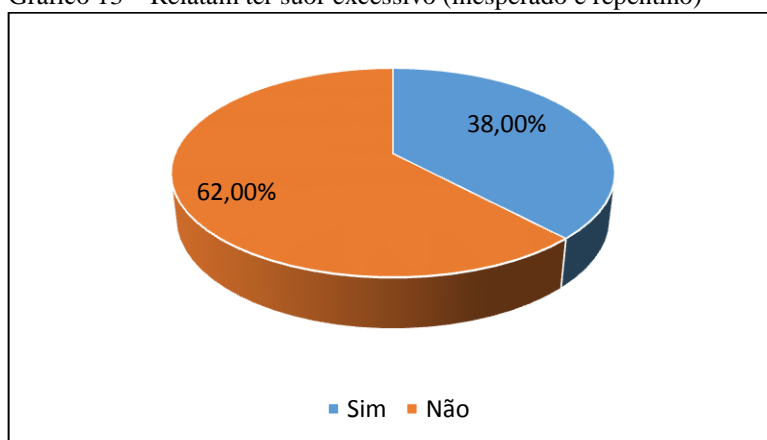
Fonte: Elaborado pela autora (2017)

Gráfico 12 – Apresentam Insônia



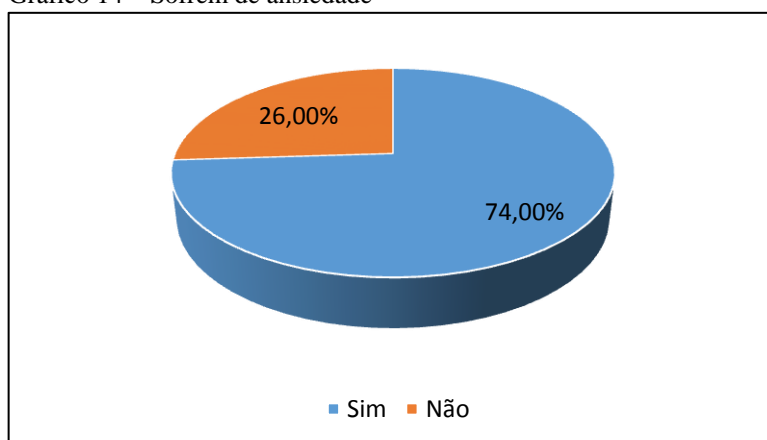
Fonte: Elaborado pela autora (2017)

Gráfico 13 – Relatam ter suor excessivo (inesperado e repentino)



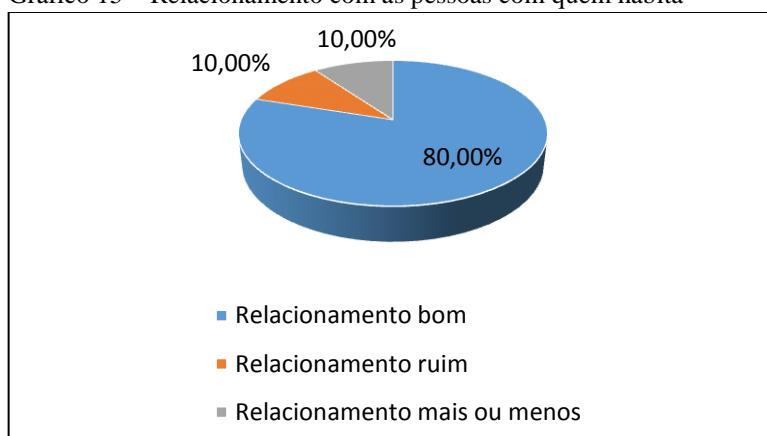
Fonte: Elaborado pela autora (2017)

Gráfico 14 – Sofrem de ansiedade



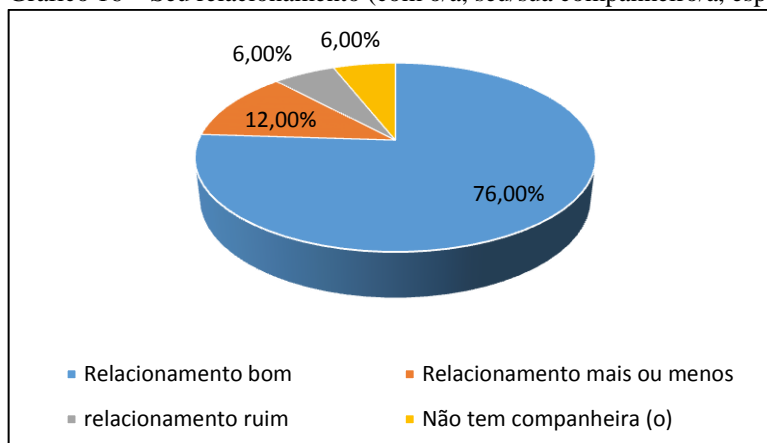
Fonte: Elaborado pela autora (2017)

Gráfico 15 – Relacionamento com as pessoas com quem habita



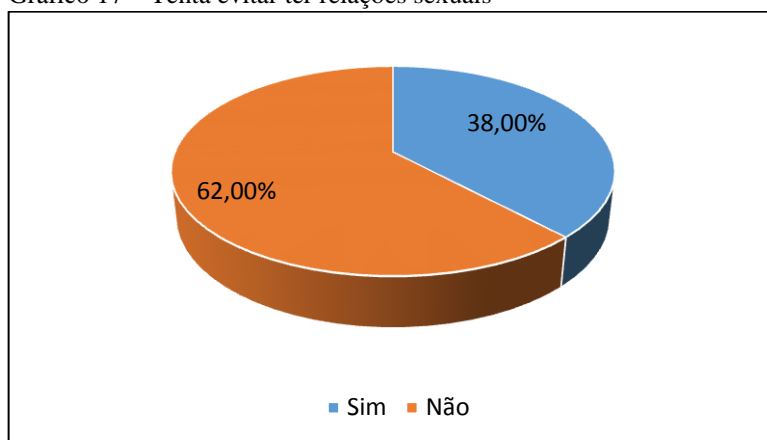
Fonte: Elaborado pela autora (2017)

Gráfico 16 – Seu relacionamento (com o/a, seu/sua companheiro/a, esposa, ou outro)



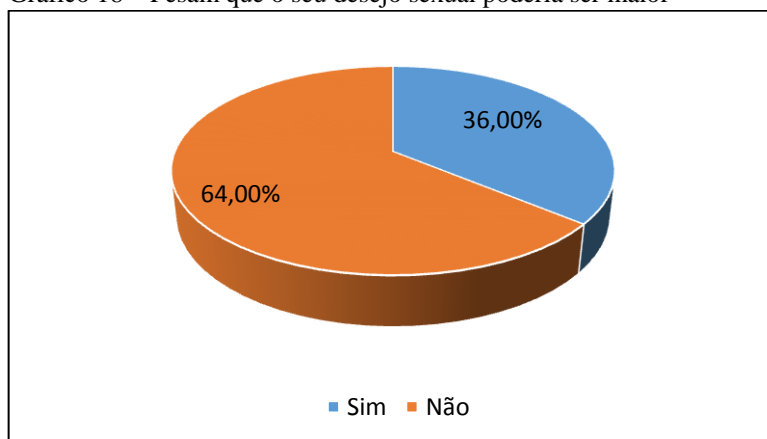
Fonte: Elaborado pela autora (2017)

Gráfico 17 – Tenta evitar ter relações sexuais



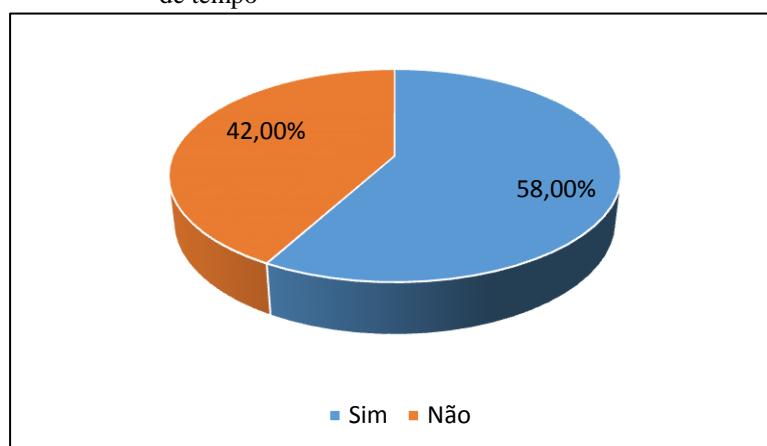
Fonte: Elaborado pela autora (2017)

Gráfico 18 – Pesam que o seu desejo sexual poderia ser maior



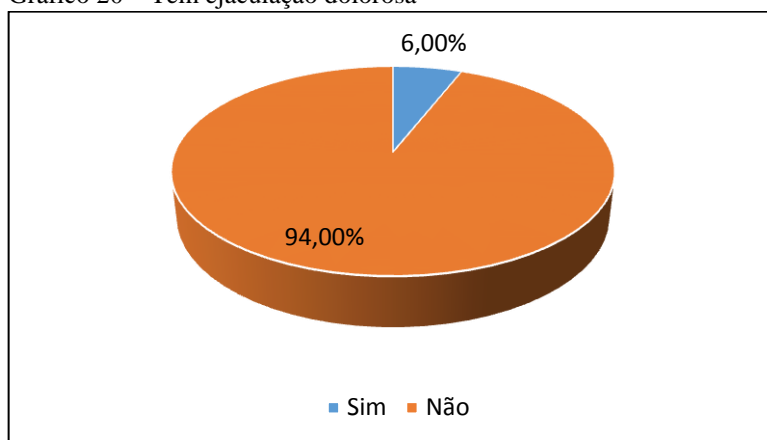
Fonte: Elaborado pela autora (2017)

Gráfico 19 - Após uma primeira relação sexual se sente capaz de ter outra relação num curto período de tempo



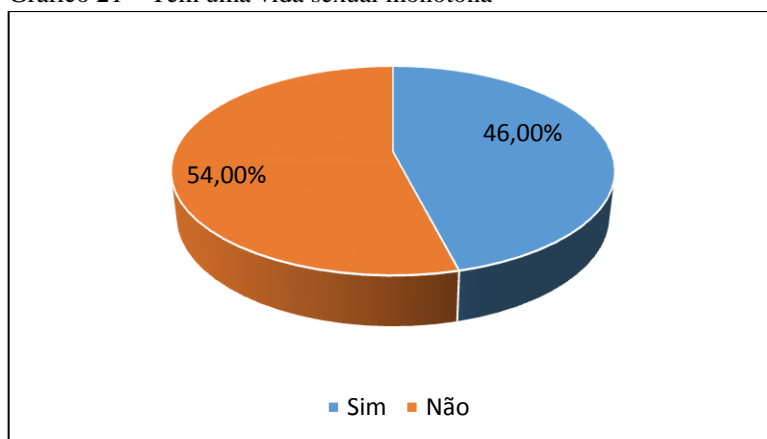
Fonte: Elaborado pela autora (2017)

Gráfico 20 – Tem ejaculação dolorosa



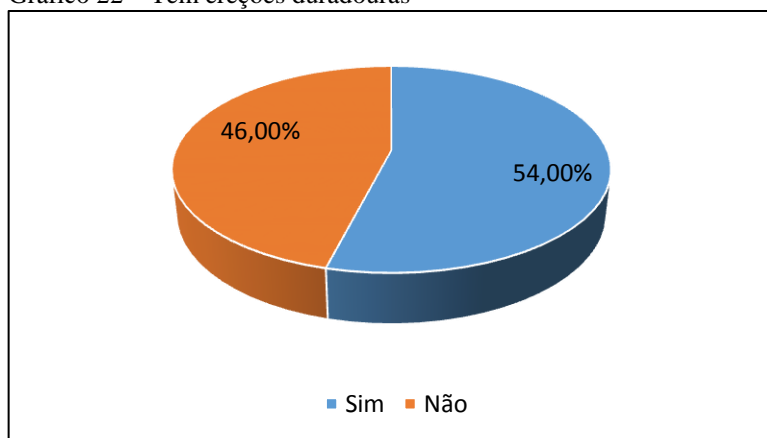
Fonte: Elaborado pela autora (2017)

Gráfico 21 – Tem uma vida sexual monótona



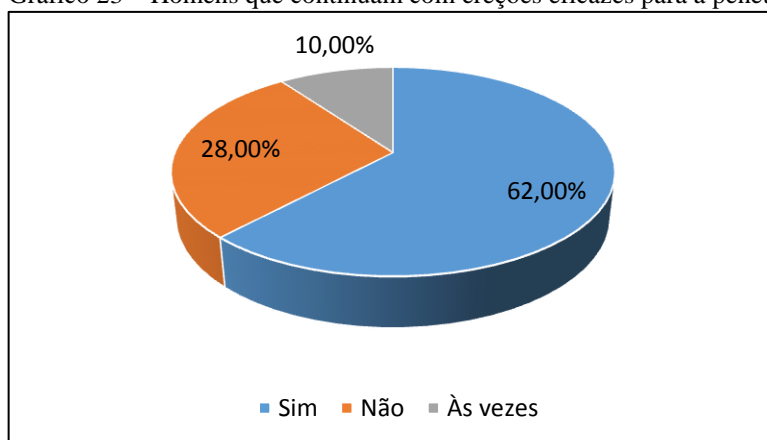
Fonte: Elaborado pela autora (2017)

Gráfico 22 – Tem ereções duradouras



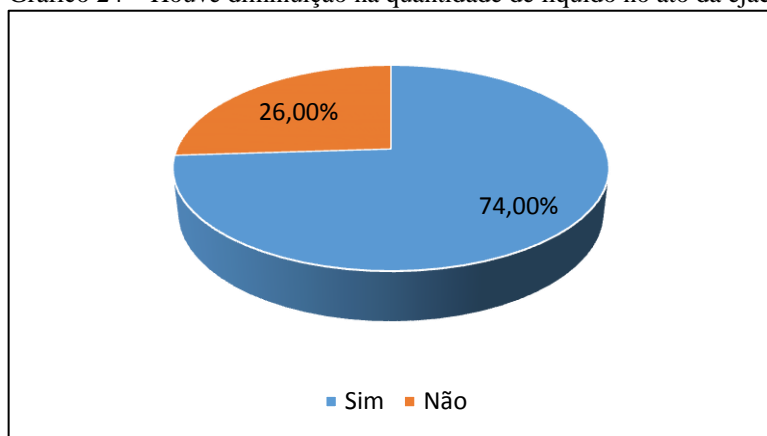
Fonte: Elaborado pela autora (2017)

Gráfico 23 – Homens que continuam com ereções eficazes para a penetração



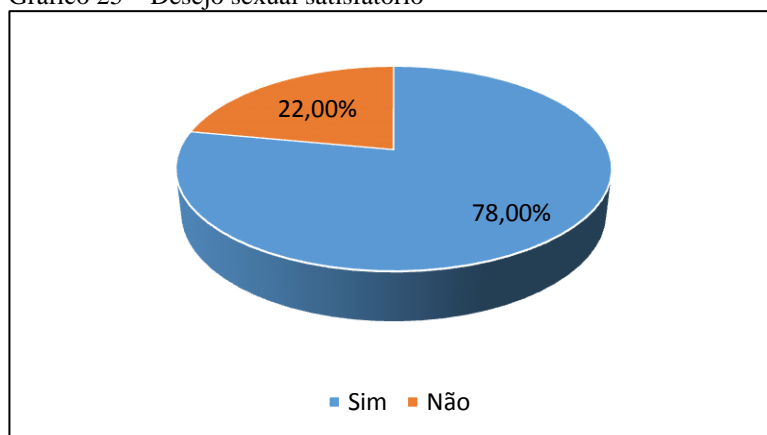
Fonte: Elaborado pela autora (2017)

Gráfico 24 – Houve diminuição na quantidade de líquido no ato da ejaculação



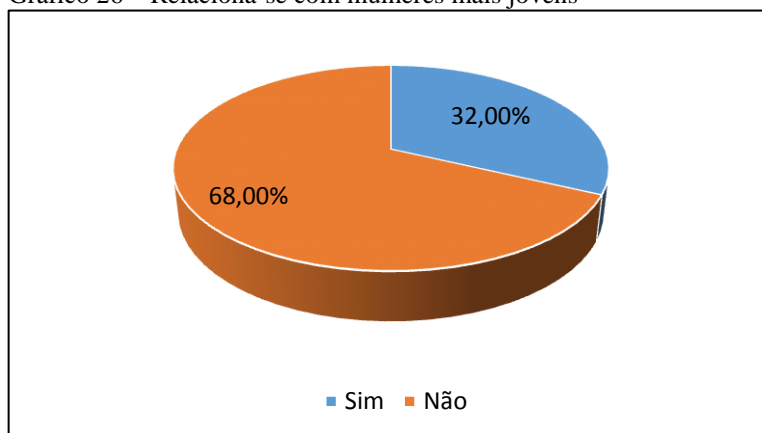
Fonte: Elaborado pela autora (2017)

Gráfico 25 – Desejo sexual satisfatório



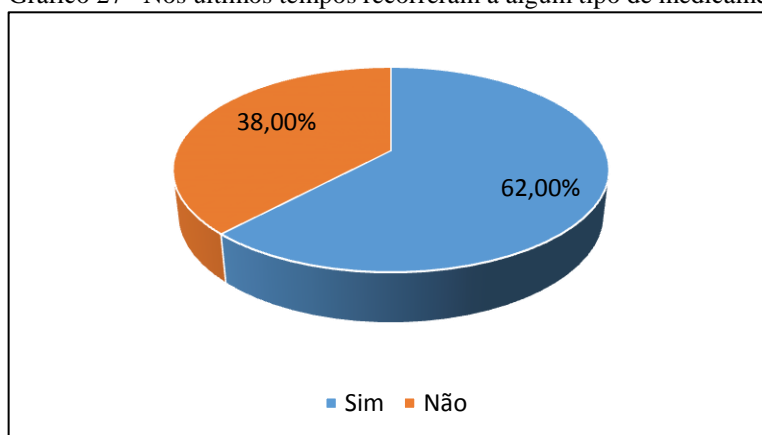
Fonte: Elaborado pela autora (2017)

Gráfico 26 – Relaciona-se com mulheres mais jovens



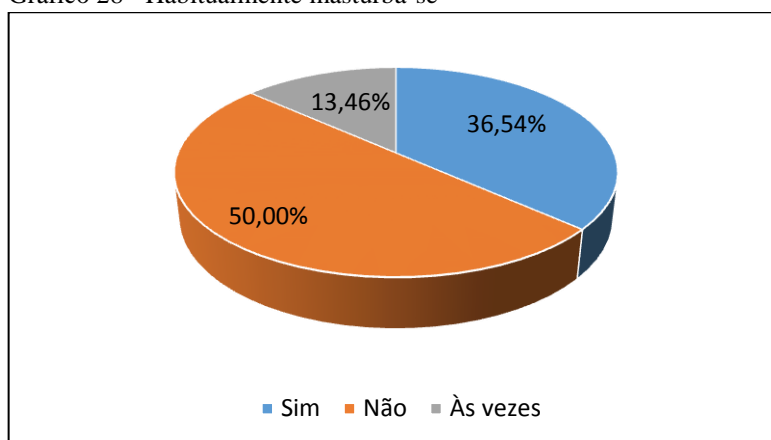
Fonte: Elaborado pela autora (2017)

Gráfico 27– Nos últimos tempos recorreram a algum tipo de medicamento para manter a ereção



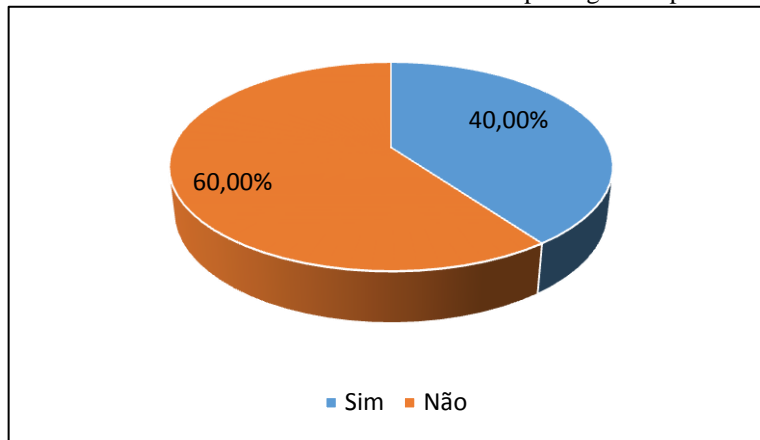
Fonte: Elaborado pela autora (2017)

Gráfico 28 - Habitualmente masturba-se



Fonte: Elaborado pela autora (2017)

Gráfico 29 – Visiona filmes ou revistas de cariz pornográfico para ficar excitado



Fonte: Elaborado pela autora (2017)